

Síntesis final de los relatos y discusiones
sobre material clínico en el VI Congreso
Psicoanalítico Latinoamericano *

WILLY BARANGER y JORGE MOM

(Argentina)

En este tipo de reuniones hay dos clases de personas que no satisfacen a nadie. Una, los valientes que presentan casos que cada uno de nosotros hubiera analizado mucho mejor que ellos; y la otra, los sintetizadores finales, porque no valoran ni rinden justicia a nadie.

Pero tenemos que correr este riesgo, tratando de desprendernos del modelo mental del “control gigante”, que no corresponde ni a la intención, ni a la utilidad verdadera de estas discusiones.

Hemos limitado nuestro enfoque a buscar los puntos en discusión de los distintos marcos referenciales, con la finalidad de definirlos y cotejarlos, lo que nos llevó algunas veces a hacer las posiciones menos matizadas y las oposiciones más tajantes de lo que son en realidad. Con esta reserva hemos tratado de no traicionar a ningún pensamiento.

También, por razones de brevedad, nos referimos al “relato de México” o al “relato de Buenos Aires” como si correspondieran al esquema referencial molar de una Asociación Psicoanalítica. Sabemos perfectamente que existen, en cada Asociación, una multiplicidad de esquemas referenciales que —a lo mejor— no

* Consideramos que, aunque por razones de discreción el material clínico expuesto no puede ser publicado, y por consecuencia tampoco los relatos que a ese material se refieren, conviene sí publicar esta síntesis por su valor como tal y el interés con que fue acogida.

están representados en el relato oficial, y consideramos esta multiplicidad como inevitable y aun necesaria para nuestro progreso. Estas diferencias aparecieron en las discusiones, pero no podemos sino limitarnos a las grandes líneas. El trabajo del Congreso, tanto el trabajo previo a su reunión efectiva, como el que se realizó en Montevideo, nos pareció centralizarse alrededor de cinco puntos principales: el concepto mismo de esquema referencial, la situación analítica, el lenguaje, la interpretación, el proceso analítico.

I.— EL CONCEPTO DE ESQUEMA REFERENCIAL

Esquema referencial es un conjunto más o menos coherente y más o menos formulado, en todo caso formulable, de conocimientos o principios, que sirve de guía o de brújula para una comprensión o actuación tendiente a entender una situación dada y/o modificarla.

En el caso del psicoanálisis, el esquema referencial comprende:

- a) el cuerpo de teorías que permiten entender la estructura y las modificaciones de la situación analítica y el proceso analítico (esquema teórico);
- b) los principios que rigen nuestra actuación en el campo analítico: el fin perseguido por nuestras interpretaciones, los medios utilizados para alcanzarlo, las modalidades de la interpretación (formulación utilizada —grado de “profundidad”—, secuencia de ellas —elección de tal o cual aspecto del “material”—, cantidad, etc.). Asimismo, forman parte de nuestro esquema referencial los principios que rigen nuestra intervención no interpretativa en el campo, sea ésta mucha o poca, aunque sea nada más que fijar el encuadre (esquema técnico).

Los aspectos teórico y técnico del esquema referencial analítico:

- 1) no son separables; según lo que entendemos de la dinámica de la situación analítica, elegimos el tipo y la forma de nuestra intervención
- 2) no son idénticos: siempre subsiste un grado mayor o menor de intervenciones en contradicción con nuestro esquema referencial formulado.*

En el esquema referencial va implícita toda la experiencia analítica personal del analista con sus pacientes y en su propio aprendizaje. Se puede trazar así una genealogía del esquema referencial (Racker) y también una ontogénesis del mismo. En la base última del esquema, encontraríamos las fantasías arcaicas que soportan el trabajo analítico y que varían de un analista a otro (fantasías de reparación, escotofílicas, de omnipotencia mágica, de maternidad, etc.. .

En la discusión de esquemas referenciales nos limitaremos a los aspectos formulados o formulables de éstos, que son al mismo tiempo los aspectos más compartidos entre los analistas y que determinan afinidades o escuelas, pero sin olvidar que estos aspectos conceptuales tienen sus raíces en lo más arcaico de la vida individual.

La “modalidad” o el “estilo” de cada analista están hechos del esquema referencial formulado por una parte y de toda esta idiosincrasia ontogenética y genealógica por la otra. Aquí no interesa discutir las modalidades individuales, caracterológicas del esquema, sino sus aspectos más generales y posibles de compartir.

* Suponemos como ideal la coherencia mayor posible entre esquema teórico y esquema técnico.

Es de notar que la pertenencia a una escuela o corriente no define, ni mucho menos, los aspectos fundamentales del esquema (cf. Rosenfeld y Bion, por ejemplo). Uno no puede, pues, caracterizar un esquema calificándolo de “kleniano” o “de la ego psychology” o “clásico”, sino en forma muy grosera. Hay cincuenta esquemas sustancialmente distintos en la línea “kleniana” y tantos otros en cualquier otra línea. En este punto, diferimos netamente con el relato colombiano. Es evidente que las diferencias del esquema referencial, deben manifestarse, antes que todo, a propósito de la situación analítica misma.

II.— LA SITUACION ANALITICA

Las discusiones y los relatos reflejan diferencias importantes de esquemas referenciales en torno a la situación analítica. No nos detendremos en enumerar los puntos en que todos estamos de acuerdo. Los hay, y muchos, ya que todos somos analistas. Pero la finalidad es cotejar opiniones discutibles. Tres puntos nos parecen centralizar el interés: la transferencia-contratransferencia, el concepto de punto de urgencia y el “setting” o encuadre de la situación.

A) La transferencia-contratransferencia

Ya la formulación de este título (la transferencia y la contratransferencia juntas y paralelas) deja entrever el esquema propio de los *autores* de esta síntesis.

El punto de discusión máxima es la diferencia del concepto de

contratransferencia. O se lo considera como un fenómeno no muy frecuente, de naturaleza patológica, indeseable en sí para el trabajo analítico (punto de vista considerando la situación analítica como esencialmente unipersonal), o se lo considera como parte integrante de la situación al mismo título que la transferencia, presente todo el tiempo como ésta, digno de ser observado como ésta, instrumento de comprensión como ésta (lo que constituye un punto de vista esencialmente bipersonal).

Los relatos de México y en parte el de San Pablo, representan el primer punto de vista. Los relatos de Colombia y Argentina, el segundo. Yendo un poco más profundamente, uno se da cuenta que no sólo el concepto de contratransferencia, sino el propio concepto de transferencia plantea problemas muy análogos. Al final unos incluyen en la transferencia toda la relación paciente-analista, como en la contratransferencia toda la relación analista-paciente, por considerar que ambos constituyen una unidad que se puede enfocar desde un lado o desde el otro, y los demás no aceptan esta unidad operacional, y se sienten obligados a diferenciar lo que es propio del uno y del otro, como si estuvieran fuera de una situación común. En esta perspectiva estamos de acuerdo con el relato colombiano en considerar toda actuación (aun perfectamente legítima e inevitable) del analista, por ejemplo ir a un Congreso, como actuación contratransferencial, ya que tiene este significado en la situación analítica. Nos parece observar en este Congreso una evolución paulatina de nuestro pensamiento de la etapa de la contratransferencia obstáculo, a la etapa de la contratransferencia-instrumento, aunque la lectura de algunos de los relatos pueda hacer dudar de esta perspectiva.

B) El punto de urgencia

Todos los relatos se ocupan de este tema obviamente capital en la técnica, ya que determina la selección de lo que debe ser interpretado. Unos lo nombran así, otros lo nombran en otra forma. Todos lo usan, pero con definiciones distintas que implican variaciones considerables en la técnica. El relato mexicano lo considera como emergencia de la resistencia del paciente. El relato argentino recalca, a propósito del material de Perla, un elemento del punto de urgencia (sin preocuparse de una definición general). Se trata de la inclusión de un elemento de realidad directamente relacionado con el analista y negado (a su criterio) por la paciente. El relato colombiano destaca la prioridad urgencial del análisis de toda ruptura del encuadre de parte del analista. El relato de San Pablo lo define en una forma más general: la angustia transferencial es la indicación de la mayor urgencia de una interpretación con relación a otras teóricamente posibles. Agregaríamos a estos puntos de vista (que —esta vez— no son incompatibles, sino complementarios en parte) una indicación más: el surgimiento de una vivencia contratransferencial definida, sea de angustia o no. Si entendemos porqué se **produce** y lo que significa en el campo, nos proporciona el punto de urgencia, o en todo caso, si no la entendemos de inmediato, nos indica la existencia de *un punto de urgencia* prioritario para preguntarnos y tratar de entenderlo.

C) “Setting” o encuadre

El “setting” o encuadre, tema controversial en lo que hace a sus alcances precisos, a su significado, es considerado explícitamente en el relato de San Pablo, que desarrolla de una manera amplia y abierta lo que considera su esquema referencial y en él, como un aspecto trascendente, la pureza del “setting”. Es evidente que este concepto está implícitamente expresado en

varios relatos; así, por ejemplo, el grupo de autores del relato de Buenos Aires, señala el comportamiento de Cacilda respecto a la hora (horario particular de la paciente) como un ataque al encuadre, que es la hora dada por su analista. Podría desprenderse de esta mención, la necesidad de interpretar esto con un cierto grado de importancia, ya no sólo por el contenido en sí mismo, sino porque esto, la conservación del encuadre, constituye un prerequisite indispensable para el mejor desarrollo del fenómeno transferencial-contratransferencial, y que esto se convierta a su vez en el punto de urgencia interpretativo tendiente a restablecer el mismo.

La ausencia de comentarios explícitos sobre el tema, autorizaría a pensar que los distintos relatores no han encontrado en los historiales clínicos que comentan, nada importante relativo a una alteración del encuadre.

Sin embargo, creemos necesario comentar el punto, porque entendemos que sobre él existen algunas diferencias en lo que respecta a la mayor o menor importancia que sobre el estricto —y en ocasiones rígido— cumplimiento del mismo conceden algunos autores o grupos psicoanalíticos.

Es un tema que, pensamos, debería tratarse mucho más a fondo. Tan solo y en síntesis, diríamos que:

Todos los analistas latinoamericanos tenemos tendencia a mantener el encuadre más neutro posible. Unos piensan en la posibilidad de una asepsia casi perfecta, otros piensan que por bipersonal, la situación es necesariamente séptica, pero debe esforzarse hacia la neutralidad.

Finalmente, se desprenden de los materiales y trabajos, dos conceptos extremos acerca de la situación analítica, con posiciones intermedias aceptando aspectos de ambos extremos. En un lado tendríamos el concepto resueltamente unipersonal de la “ego psychology”, representado por el relato del Dr. Namnum. En el otro tenemos el concepto resueltamente bipersonal, aceptado por varios

rioplatenses y otros.

El punto crucial de la oposición es la contratransferencia. Para la “ego psychology” este fenómeno es esencialmente patológico, constituye una traba para la comprensión y debe ser eliminado lo más posible de la situación analítica. Lo ideal es el analista-espejo.

Para la posición opuesta, la contratransferencia debe ser definida en forma mucho más amplia, incluyendo todo lo que el analista piensa o siente, consciente o inconscientemente, dentro de la situación analítica. Esta definición implica el concepto de una situación analítica como totalidad dinámico-estructural donde no se producen fenómenos aislados. Dentro del marco de sus funciones asimétricas, paciente y analista se definen el uno por el otro, en su interpretación operativa. La contratransferencia por lo tanto como fenómeno no sólo inevitable, sino aparece normal e indispensable para el proceso analítico, lo que no des-carta que pueda presentarse en forma patológica, en relación con formaciones patológicas del campo bipersonal. Sus formas patológicas se detectan por el hecho de que la contratransferencia deja de ser un instrumento imprescindible del trabajo analítico (Racker) para constituirse en un obstáculo para él. Se trata, técnicamente, de un instrumento para entender lo que pasa en el campo, no para ser comunicado sin más al paciente.

III.— LENGUAJE

Es evidente la importancia del papel del lenguaje en psicoanálisis. Todo el proceso analítico pasa por el lenguaje y se juega a nivel del lenguaje. Pero se lo puede tomar como problema ya resuelto; el lenguaje siendo un medio de comunicación neutro y sobreentendido, focalizándose el interés sobre los con-

tenidos, o atribuir a los problemas de formulación una importancia primordial. La primera actitud sería la del material de Río; la segunda la del material de Buenos Aires.

Es evidente el motivo y el mérito de la elección de este material por el Dr. Wender, el poner en discusión una técnica de formulación de las interpretaciones algo novedosa y que pareció extraña a varios autores de los relatos. Tratemos de caracterizarla: apunta a mantener la “máxima continuidad” con el paciente, a evitar la distancia y la intelectualización, y a constituir la interpretación como objeto transaccional. Para esto recurre a distintos procedimientos verbales (uso de la conjunción copulativa, codificación alusiva, utilización del lenguaje infantil, etc...). El principio técnico subyacente es que la interpretación tiene que llegar a lo vivencial lo más directamente posible y no favorecer el recurso del paciente a técnicas fóbicas y obsesivas (evitación-intelectualización). Esto implica a la vez una teoría de la técnica analítica y una teoría del lenguaje.

Frente a esto, se sus cita una gama de reacciones diversas que van desde un velado horror (relato de México), hasta una aceptación parcial (relato de San Pablo). Pero veamos los argumentos y los esquemas.

Una de las críticas se dirige no sólo al esquema teórico particular de Wender, sino a todo el esquema kleniano: analizar la fantasía inconsciente desconociendo la defensa y la resistencia y pensar vencer mágicamente ésta por un tipo particular de formulación más “vivencial” —que el relato mexicano compara con la hipnosis—. Lo más problemático en este sentido sería el uso de la conjunción copulativa que llega a constituir una “manipulación” de la resistencia, contradictoria con el principio analítico fundamental de “interpretarla”. A lo cual la Dra. Bicudo responde que la defensa es también vivencia, también fantasía, y que defiende al Yo contra contenidos angustiantes.

Otra crítica (Colombia, San Pablo) acepta el principio general del esquema

técnico de Wender, es decir, el establecimiento de la menor distancia y del mayor contacto entre lenguaje del analista y lenguaje del paciente, pero objeta la aplicación de este principio por Wender (utilización de lenguajes especiales, el paralelo, el codificado, etc.) por pensar que lleva a una fusión o confusión paciente-analista, que quita la pequeña distancia imprescindible para que la formulación interpretativa pueda retomar la fantasía cruda y reubicarla en un plano de comprensión, posibilitando así el insight (ver en este sentido la muy exacta formulación del relato de San Pablo).

El caso del Dr. Wender y el caso de la Dra. Schneider aparecen así (aunque correspondiendo a esquemas referenciales teóricos semejantes) como contrapuestos, lo que el relato colombiano define como tendencia a la “experiencia emocional correctiva” en el primer caso, y “reeducación pedagógica” en el segundo. Pero la médula del problema es la distancia óptima entre paciente y analista creada por el uso de tal o cual lenguaje.

Creemos nosotros que debe variar esta distancia, según *los* momentos de la sesión analítica, yendo y viniendo de la fantasía vivencial del paciente a la formulación comprensible por él y distinta del material usado, por la cual puede tener acceso al insight.

Por ello pensamos que el analista debe poder usar distintos registros idiomáticos según su objetivo inmediato en la sesión:

en ciertos momentos pegarse lo más posible al paciente, en otros momentos despegarse de él para que pueda comprenderse. Hacer y deshacer constantemente la simbiosis analítica.

IV.— LA INTERPRETACION

Una cosa es el tipo de formulación utilizado para las interpretaciones —el problema del lenguaje—, otra cosa es la interpretación misma en sus características formales (longitud, cantidad, momento) y en su contenido. Ambos materiales clínicos, todos los relatos, gran parte de esta discusión, se refieren a estos aspectos.

Tanto el relato de San Pablo, como el de Colombia, enfatizan su preferencia por las interpretaciones cortas, simples, en lenguaje común, no explicativas. Aquí también el problema radica en la administración de la distancia. La interpretación corta es más vivencial; la interpretación explicativa difícilmente puede evitar el riesgo de ser pedagógica.

Es sin duda en el punto de la cantidad de interpretaciones proporcionadas por el analista, que la diferencia entre los esquemas referenciales técnicos se hace más patente. Ambos autores de los materiales clínicos tienen la evidente preocupación de ser “activos” al interpretar lo más que pueden.

El relato de México resume con nitidez uno de los enfoques. Si interpreta demasiado, el analista pierde de vista al paciente:

“mucho analista, poco paciente”. Se corre el riesgo, al “bombardear” al paciente con interpretaciones, que, en vez de poder expresar espontáneamente, el paciente se vuelva “eco” del psicoanalista, es decir, receptor pasivo del esquema teórico del *analista*, invadido por él, y desenvolviendo buenamente el material que se le sugiere. La “pasividad” relativa del analista es imprescindible para que el paciente pueda darse a conocer, y para que la resistencia pueda emerger en forma comprensible

Los otros relatores piensan, al contrario, que una escasez de interpretación lentifica el proceso analítico, deja cristalizar las resistencias, frustra inútilmente al analizado en lo que puede esperar con derecho de su analista: ser entendido e

interpretado.

En esto va implícita toda una concepción del proceso analítico. Sobre esto volveremos.

Adelantamos por el momento el principio técnico que nos parece resaltar de estas discusiones: primero: “no interpretar sin entender”, es decir, sin poder seleccionar dentro de la variedad y multiplicidad de los datos proporcionados por el paciente, lo que corresponde al “punto de urgencia”, lo que debe ser interpretado con prioridad. Esto evita el “bombardeo” indiscriminado.

Segundo: “interpretar cada vez que se entiende” el punto de urgencia, aun si no corresponde a nuestro preconcepto del curso del- análisis. Creemos en todo caso muy nociva y generadora de confusión la fantasía de que el analista tiene que interpretar a cualquier precio, aun si no entiende lo que está pasando.

Lo que nos lleva al problema del momento de la interpretación. Preferimos esta expresión a la de “timing”, que nos parece implicar un esquema referencial en el cual el desarrollo cronológico del tratamiento analítico está en cierta medida predeterminado.

El “timing” está impuesto por el analista en virtud de su esquema previo del desarrollo de la sesión. La “elección del momento” se hace en forma más espontánea, dejando a la evolución del campo bipersonal en el curso de la sesión, el tiempo de manifestar la urgencia del paciente de que le sea interpretada determinada vivencia, y la urgencia en el analista de interpretar lo que ocurre, sea para resolver una tensión en el campo, sea para devolverle su movilidad.

Muchos de los problemas que acabamos de mencionar se refieren a un aspecto muy importante del esquema referencial técnico: el orden de prioridad de la interpretación entre contenido y defensa. Unos (el relato mexicano) estiman que la interpretación de la resistencia y defensa yoica correspondiente debe necesariamente anteceder la interpretación del contenido que suscita la defensa. Levantada la resistencia, el contenido aparece a plena luz y puede ser

integrado.

Otros (el relato de San Pablo) estiman que la interpretación de la defensa y la del contenido deben darse juntas, y que el paciente no aprovecha la interpretación si no entiende conjuntamente: 19) qué se defiende, 29) cómo se defiende, 39) contra qué se defiende.

Ambas actitudes corresponden a dos fantasías o conceptos de Freud acerca del trabajo analítico. Uno es el modelo arqueológico: hay que levantar las capas sucesivas del depósito arqueológico para poder entender los restos más y más profundos dejados por la historia individual del paciente.

Pero Freud usó también otra metáfora, más dinámica y más conforme con su manera real de trabajar (Freud no era un analista “clásico”; lo demostró Enrique Racker en forma convincente, estudiando la técnica de Freud en Dora, El hombre de las ratas, etc.), que es la metáfora del ajedrez. Ambos jugadores, integrantes de la situación bipersonal, ubican y manejan partes suyas en ataque o defensa en un tablero-campo, empeñados en un partido que es el tratamiento analítico. La diferencia con el ajedrez proviene del carácter asimétrico de la situación en el análisis. Es un juego en el cual cada uno de los integrantes sabe mucho más que el otro acerca de la técnica, pero donde el otro —el paciente— sabe hacer trampas, lo que restablece la igualdad. El que, necesariamente, ganen o pierdan juntos, indica el límite de la metáfora.

Lo interesante y más adecuado a nuestro punto de vista, de la segunda metáfora, es que recalca la interacción de analista y paciente en el campo que constituyen juntos. Un analista no puede manejar el “partido” según una norma preestablecida (el tratamiento “típico”, como dicen algunos), sino teniendo en cuenta en cada momento lo que pasa en el tablero, y que es en parte imprevisible. A veces el aporte del paciente es predominantemente contenido. A veces es predominantemente defensa. No tenemos que imponer por la fuerza nuestro concepto de cómo debe ser un partido de ajedrez.

Las dos metáforas de Freud corresponden también a dos actitudes acerca de

la interpretación de la historia individual. El arqueólogo se preocupa de cronología, el ajedrecista no. Entre los re-latos, todos tienen la preocupación del “aquí y ahora”. Pero algunos recalcan (sobre todo el relato mexicano) la necesidad de una búsqueda sistemática de las raíces históricas de los conflictos actuales (el trauma voyeurista-exhibicionista de- Cacilda), mientras otros, sin pasar por alto la importancia decisiva de la historia desde un punto de vista genético, dejan en la técnica que se integre en las situaciones presentes sin buscar especialmente su reconstrucción cronológica. Los autores de los materiales clínicos comparten este último punto de vista, el analista de Perla más radicalmente, y la analista de Cacilda, menos radicalmente. De los relatos paulista, colombiano y argentino, ninguno llega a una posición totalmente antihistórica, ninguno focaliza tampoco el trabajo sobre la reconstrucción histórica en sí.

Creemos que una focalización explícita del analista sobre la historia tiene el inconveniente de producir un alejamiento artificial del paciente, de intelectualizar abusivamente el proceso analítico, de afianzar la ilusión de que “conocer su historia es curarse”. Creemos asimismo que- es extremadamente útil el no considerar “a priori” toda referencia histórica del paciente como un alejamiento resistencial, y que el cotejo del “allá antes” y del “aquí ahora” es esclarecedor y benéfico. No sea que los inconvenientes del esquema arqueológico-histórico nos lleven a un ostracismo mutilante acerca de la historia. Cuanto más rica y diversa en contenidos es la situación analítica, más provechosa resulta.

Lo que nos lleva también al problema, planteado tanto por los materiales como por los relatos, de- la “profundidad” de las interpretaciones. Problema que sigue siendo una de las mayores fuentes de confusión dentro de los esquemas referenciales. Gran parte de la confusión proviene de que no hemos formulado ni elaborado nuestro esquema referencial con suficiente claridad. Profundidad se refiere primero a un enfoque genético (lo oral más “profundo” que lo “anal”

y así seguido). Sabemos que esto carece, por lo general, de sentido. Es perfectamente posible —y ocurre muy a menudo— que un problema “oral” manifiesto encubra un problema genital más reprimido. Pero tampoco podemos decir que la defensa sea menos “profunda” que el contenido. Un analista que analiza contenidos arcaicos dejando de lado defensas “superficiales”, no hace sino demostrar la “superficialidad” suya.

Todos los relatos aluden a este tema, pero a nuestro criterio, sin esclarecerlo del todo, debido a la superposición de esquemas referenciales que se encuentran en todos nosotros. Creemos que: 1º) la “profundidad” de una interpretación no tiene nada que ver con el nivel de la evolución genética en el cual se ubica; 2º) que no tiene nada que ver con el par antitético contenido-defensa; 3º) que la única interpretación “profunda” es la que formula útilmente, como generadora del insight, el estado actual del campo bipersonal. Esto permite al paciente sentirse tocado “en lo hondo” y reintegrarse; 4º) surge de esto que ningún lenguaje analítico es en sí más o menos “profundo” que otro. Se podría suponer un análisis (exageración puramente teórica) que no se realice sino en términos de objetos parciales y mecanismos extremadamente arcaicos y, sin embargo, sea el más superficial de todos; 5º) por lo tanto, la profundidad de la interpretación no se puede juzgar fuera de la situación donde es formulada.

Profunda es la interpretación que permite una reestructuración integradora del campo bipersonal y una consiguiente retoma de contacto del paciente con sus aspectos reprimidos o clivados. En este punto creemos estar de acuerdo con el relato colombiano cuando considera como profunda la interpretación siguiente en el caso de Perla: “y en que voy a quedar yo también”.

V.— EL PROCESO ANALITICO

Era lógico que- las diferencias de esquemas referenciales culminen en este

punto. Se trata, nada menos, que de nuestro quehacer con nuestro paciente, de cómo lo elegimos, de qué esperamos de él, de lo qué pasa con él en los años en que trabajamos juntos.

¿Cómo lo elegimos? Aquí surge un emergente de este Congreso, emergente oriundo del Río de la Plata y compartido con *otros* relatos (mexicano, entre ellos), lo *que* equivale a preguntar y estudiar acerca de la o las entrevistas previas al análisis y lo que debemos esperar de ellas. Los colegas argentinos que redactaron el informe se plantearon primero, con críticas a ambos materiales presentados, qué forma tenía que revestir la entrevista preliminar. ¿Debe ser una primera sesión de análisis, con asociación “libre”, pero sin interpretación?, ¿o debe ser una situación radicalmente distinta, con interrogatorio sistemático del analista, en particular acerca de los datos históricos?

Los redactores argentinos optan decididamente por la segunda solución. Piensan que el futuro de la situación analítica con un paciente, deseable de pronosticar, desde luego se puede ver mejor con “una historia detallada”, “tendiente a la precisión del diagnóstico”, y que la “precisión del diagnóstico” se consigue mediante, entre otras cosas, la “ubicación (del paciente) dentro de la nosografía psiquiátrica”.

En este último punto está de acuerdo el relato mexicano. Pero hay que entenderse. Todo analista sabe que el diagnóstico previo (por bien hecho que esté) con el cual le mandan un paciente —o en menor grado el diagnóstico que él mismo hace de su futuro paciente—, tiene poco que ver con el éxito o fracaso del análisis de este paciente.

No queremos decir con esto que la nosografía psiquiátrica no corresponda a una realidad, sino que, para nuestros fines, no sirve sino como indicación muy grosera. (Un diagnóstico macroscópico tiene una utilidad muy relativa para una técnica microscópica como el análisis.) Un diagnóstico de “histeria de conversión” o de “neurosis de carácter”, no permite en absoluto prever el resultado de un análisis de tal paciente con tal analista determinado.

Hay, por lo tanto, en el relato argentino, una dualidad de puntos de vista entre un diagnóstico “según la nosografía psiquiátrica” y un diagnóstico-pronóstico de la situación de campo a partir del establecimiento del contrato analítico.

El aspecto novedoso del planteo argentino es el encare de la situación analítica como situación de campo, lo que permite —en cuanto se la conoce— un pronóstico sobre el porvenir de este campo, es decir, sobre las posibilidades de mejoría de este paciente con este analista. Por esto el escaso interés: 19) de la Comisión Organizadora del Congreso; 29) del Dr. Wender; 39) de la Dra. Schneider, en ubicar a los pacientes dentro de la “nosografía psiquiátrica”, nos parece ampliamente justificado. En todo caso habría que establecer una nosografía bipersonal. Tarea ardua, pero de grandes posibilidades para el psicoanálisis.

Cuestión abierta es saber si la técnica de indagación histórica sistemática es la más adecuada para el fin considerado, o si, como visiblemente lo hiciera tanto el Dr. Wender como la Dra. Schneider, es preferible dejar al paciente abrir el juego y estructurar el campo como mejor lo estime. Ambas técnicas (que no son por lo demás exclusivas una de la otra) nos parecen fructíferas, dependiendo más bien de la modalidad del analista la elección de una, o la otra, o una mezcla de ambas.

La precisión del diagnóstico se hace imprescindible en la medida en que el desarrollo del tratamiento está predeterminado por la estructura del paciente y en que la intervención interpretativa varía según esta estructura. Dos esquemas referenciales se enfrentan aquí. Según el primero, expresado en el relato mexicano, el diagnóstico condiciona la conducta técnica a seguir. El curso del tratamiento es, así, distinto, si se trata de una neurosis obsesiva”, “una histeria”, etc. Para el otro, al contrario, que está implícito en los relatos de San Pablo, Colombia y Argentina, es la situación analítica misma, con sus puntos de urgencia sucesivos, la que determina en cada momento la interpretación a

formular. El primer esquema podría ser calificado de lineal genético, el segundo de dialéctico.

Pensamos que el curso del tratamiento, cuando su estructura parece verificar las previsiones del analista, es en realidad impuesto involuntariamente por éste mediante la secuencia más o menos estricta de sus interpretaciones y la selección del material; en dos palabras, un artefacto técnico.

Mucho de las discusiones se refiere a la estructura, ya no del tratamiento analítico como totalidad, sino de cada sesión en particular. Aquí también se oponen dos esquemas referenciales. El de los argentinos retorna la perspectiva ajedrecista de Freud, con apertura, desarrollo y cierre, tendiendo a dar un trato técnico distinto a cada una de estas fases. Parece estar implícito en el relato de México, sobre todo en cuanto a la apertura, otro esquema: dejar manifestarse la resistencia a interpretar después, evitando una apertura activa de parte del analista. Los relatos de San Pablo y Colombia no parecen dar importancia a estos conceptos sobre la estructura de la sesión, con excepción de la forma especial de cierre mencionada por la Dra. Bicudo.

Una diferencia importante en los esquemas referenciales se manifiesta en cuanto al concepto de reacción terapéutica negativa, lo que explica el malentendido entre la Dra. Schneider y el relato mexicano, por una parte (ambos estimando que Cacilda presenta signos de reacción terapéutica negativa importantes) y los relatos argentino y paulista (ambos estimando que Cacilda no presenta reacción terapéutica negativa).

Se ve que el primer concepto es mucho más amplio que el segundo e incluye, como lo hizo Freud en ciertos escritos, el concepto de masoquismo moral.

Al contrario, el segundo tiende a considerar la reacción terapéutica negativa como un fenómeno mucho más arcaico y crudamente tanático, como lo hizo

Freud en otros textos.

Finalmente otra diferencia importante de esquemas referenciales recae sobre la valoración de los resultados obtenidos en el tratamiento analítico. Paradójicamente, la Dra. Schneider parece menos satisfecha del resultado del tratamiento de Cacilda de lo que se manifiestan los colegas mexicanos. Estos enumeran una serie de mejorías que, con toda evidencia, no han escapado a la analista de Cacilda, pero que ella valora en forma distinta. Es bien conocida la acentuación de los aspectos de adaptación al ambiente en la “Ego psychology”. En este punto la Dra. Schneider parece más ambiciosa, ya que apunta claramente a una modificación del mundo interno fantasmático de su paciente y piensa que su mejoría externa vendrá por añadidura. Compartimos este punto de vista.

VI.— CONCLUSION

El Continente Latinoamericano nos ofrece una muestra de todos los problemas teórico-técnicos del psicoanálisis actual. En él, como en otra parte, se van dibujando las dos grandes concepciones actuales del análisis, con una multiplicidad de formas intermedias y de mezclas originales. La finalidad principal de este Congreso era intentar el esclarecimiento y la armonización del esquema referencial del trabajo analítico en cada uno de nosotros. No con miras a negar ni a suprimir las diferencias, que son necesarias en este momento del desarrollo del psicoanálisis, sino con un fin de elaboración. En este sentido, la experiencia del material clínico único (o más exactamente aquí, del bi-material), resultó extremadamente fructífera. Exige superar obstáculos y tensiones, buscar las formas de mejorarla, pero constituye una innovación que debe ser llevada adelante.

Algunas consideraciones acerca del acting out
en la enfermedad maníaco-depresiva *

HECTOR GARBARINO

(Montevideo)

Freud sostuvo que toda la transferencia y aun toda la vida del paciente, es una reactivación de experiencias del pasado, debido a la compulsión a la repetición. Dijo Freud: “Podemos decir que el paciente no recuerda nada de lo que ha olvidado y reprimido, sino que lo «actúa afuera»” (4).

En la frase citada, Freud estaba expresando su concepto del proceso psicoanalítico.** Para él, la repetición transferencial y mismo la vida corriente del paciente, constituyen el acting out del pasado olvidado y reprimido.

Si bien estamos de acuerdo con estos conceptos de Freud, nos parece poco útil, tanto desde el punto de vista clínico como de la investigación, concebir el

* Conferencia pronunciada en San Paulo, el 4 de mayo de 1967, con motivo de la inauguración de las Iras. Jornadas Brasileñas de Psicoanálisis

** No coincido con Rosenfeld (10) en este punto, quien, por otra parte, ha escrito un trabajo que considero constituye un aporte sustancial al tema del acting out. Rosefeld interpreta la formulación de Freud en el sentido que éste se estaba refiriendo al acting out como **una parte necesaria** de todo análisis, y propone llamarla “acting out parcial”. A mi juicio, Freud no se refería aquí a una parte necesaria de todo análisis, sino que consideraba **todo** el análisis como el acting out de las experiencias infantiles reprimidas.

acting out en este sentido amplio, que abarca la totalidad de la transferencia.

Sugiero utilizar el término acting out en un sentido restringido, oponiéndolo a la elaboración mental de los conflictos, y no al recordar, como hacía Freud en 1914. Modificaríamos entonces la fórmula de Freud, diciendo: “Lo que el paciente no puede elaborar mentalmente, lo actúa afuera”.

En este sentido restringido, el acting out se refiere únicamente a una parte de la transferencia y no a la totalidad de la misma. Sería acting out toda manifestación del paciente, ya sea dentro o fuera de la sesión, que en lugar de propender a la elaboración mental de los conflictos, los actúa. Esta actuación, puede ser motriz o verbal; esta última cuando la palabra es vehículo de acción y no de comunicación (2).

La enfermedad maníaco-depresiva se presta especialmente para la realización del acting out. En mi opinión, la propensión de estos enfermos para el acting out está relacionada especialmente con la importancia que adquieren en ellos los mecanismos de negación e identificación proyectiva como defensa contra la envidia al objeto primario interno idealizado.*

En un trabajo anterior, realizado en colaboración con otros autores (3), hemos expuesto algunos conceptos acerca de esta enfermedad, basados en los trabajos de Abraham, Freud y M. Klein. Sostuvimos allí que la internalización en el Yo del objeto perdido y querido en forma ambivalente, vuelve a aquel prisionero del objeto, de manera que el Yo no puede relacionarse sino muy parcialmente con el mundo exterior, ni tampoco puede satisfacer los impulsos libidinosos provenientes del Ello. El Yo se sienta absolutamente dependiente del objeto que ha internalizado. Explicamos entonces este manifiesto

* E. Jacobson, citado por A. y M. Hascovsky (8), señaló que los pacientes con tendencias a la regeneración son propensos al acting out. A su vez, A. y M. Rascovsky enfatizan la importancia de la activación de las defensas anteriores a la depresión, para la propensión al acting out.

empobrecimiento narcisístico del Yo en función del objeto, por la intensa idealización de éste y la consiguiente envidia a este objeto maravilloso e inalcanzable. Este objeto envidiado es el pecho materno. A causa de los sentimientos envidiosos al pecho idealizado, éste es atacado por los impulsos sádicos, tanto de carácter oral, como anal y uretral. Este ataque sádico del Superyo al objeto internalizado supone también un ataque al Yo, ya que éste se halla identificado narcisísticamente con el objeto. Los ataques del Superyo al Yo se ven reforzados por la intensa culpa persecutoria que aqueja al enfermo melancólico, culpa originada en los sentimientos ambivalentes hacia el objeto. El Yo debe pagar por los despiadados ataques inferidos al objeto, que no sólo es odiado y envidiado, sino también amado.

Esta es, a mi juicio, la causa principal de los acting out del enfermo melancólico, que, como es sabido, pueden revestir caracteres de extrema gravedad y conducir al sujeto al suicidio. El analista debe estar preparado para no dejarse influir por las continuas amenazas de suicidio, que pueden llevarlo al contra-acting ** e interpretar consecuentemente las ansiedades provenientes del Superyo, motivadas en gran parte por los fantásticos ataques destructivos y el daño consiguiente que el sujeto cree haberle inferido al objeto internalizado. A causa de estas fantasías en las cuales el paciente cree haber dañado en forma irreparable al pecho materno, todas las actividades e intereses del paciente, incluyendo sus relaciones eróticas, se hallarán inevitablemente condenadas al fracaso, si el análisis no tiene éxito en penetrar profundamente en los estratos inconscientes y liberar al sujeto de su culpa, a través del insight del daño fantástico causado al pecho idealizado e internalizado.

** No quiere decir esto que, por excepción, el contra-acting del analista no constituya un paso necesario. Este contra-acting puede ir, desde diversas exigencias impuestas al paciente (consulta psiquiátrica, prohibición de algunas actividades durante el episodio maníaco, como conducir automóviles, etc.) hasta la internación sanatorial.

Hemos sugerido que estos continuos ataques al objeto idealizado causan la desidealización del objeto y terminan por convertirlo en un perseguidor. Esta transformación del objeto idealizado en perseguidor, origina, según nuestros puntos de vista, un clivaje en el Yo, que prepara la enfermedad maníaca. Al mismo tiempo se produce una redisociación de los objetos idealizado y perseguidor, que se hallaban aproximados, aunque no sintetizados, en la melancolía. Una parte del Yo se vuelve el Yo maníaco, libre de la asfixiante opresión que el objeto imponía al Yo, y la otra parte que sigue esclavizada del objeto es proyectada en el mundo exterior. Desde entonces, la tarea esencial del sujeto maníaco es controlar omnipotentemente este objeto perseguidor ubicado ahora en el mundo exterior. La sobreactividad maníaca es, en buena medida, función de este control omnipotente.

Veremos en seguida, con la ilustración de material clínico, cómo el acting out maníaco está basado primordialmente en su intento de eludir el insight de su profunda envidia oral al pecho idealizado. El acting out del maníaco está centrado, a mi juicio, en su extremo sometimiento al objeto idealizado, del cual busca en forma desesperada e infructuosa liberarse, utilizando preferentemente el mecanismo de la negación. El abandono del análisis, constituiría una forma extrema de acting out, en un intento de eludir la excesiva dependencia al analista representando el pecho materno idealizado, mediante la negación de la misma, con el acting del abandono.

Otra forma menos extrema de acting out y de consecuencias inmediatas no tan desastrosas, es la sustitución del analista por otras figuras en la vida corriente del paciente, que son primeramente idealizadas y tiempo después atacadas, desidealizadas y abandonadas, lo que permite al paciente la continuidad de su análisis, pero que lo volvería ineficaz, repitiéndose continuamente esta situación , si no es analizada en la transferencia, mostrándole al

paciente los sentimientos envidiosos relacionados con la idealización.

Estos conceptos están basados en el papel fundamental que yo atribuyo, junto con otros autores (3), a la envidia oral al pecho idealizado en los pacientes maníaco-depresivos. Durante la transcripción del material clínico que haré a continuación, tendré oportunidad de referirme a otras variedades de acting out observables en los pacientes maníacos.

El material procede de la misma paciente maníaco-depresiva a la que ya nos hemos referido en un trabajo anterior (3). La paciente había abandonado su análisis algunos años después de iniciado, a causa de un acting out maníaco. Luego de algunos años retomé su análisis. El material procede de este segundo período de su análisis. En ese entonces estábamos analizando su envidia al objeto primario idealizado interno, que ella proyectaba en diferentes objetos del mundo exterior, según los diferentes momentos de su análisis, pero especialmente en su madre real. El análisis de estas fantasías condujo a la paciente a un mayor insight de su culpa, anteriormente negada, pero el predominio de los aspectos persecutorios de su Superyo [Rosenfeld (10)] determinó la proyección de la misma. La paciente hizo entonces una regresión a la fase esquizoparanoide, con vivencias de carácter inefable e interpretaciones manifiestamente delirantes, que pusieron en peligro la continuidad de su análisis. Como veremos, recurrí entonces a un contra-acting para asegurarme la prosecución del mismo. Mi temor consistía fundamentalmente en que la enferma indujera a sus padres a retirarla del tratamiento psicoanalítico y ponerla en manos de un psiquiatra, repitiendo de este modo su anterior abandono del análisis. Por proyección maníaca de su propia culpa persecutoria, acusaba a sus padres de tener estas intenciones, que ella juzgaba siniestras y que la conducirían inevitablemente al suicidio.

Siendo aún muy joven, había sido ya internada y tratada con electroshock a

causa de un episodio maníaco. Consideraba esta internación como una situación muy traumática, y responsabilizaba al psiquiatra que la había atendido y a los padres que habían solicitado sus servicios, de sus dificultades actuales. Insistía que había sido tratada en forma despiadada e inhumana, y a causa de ello había quedado con graves lesiones cerebrales y psíquicas. En cambio, yo era el médico que la comprendía y la trataba humanamente. La disociación esquizoide era evidente. Esta grave acusación a sus padres y al psiquiatra encubría una autoacusación melancólica, constituyendo la proyección de aspectos persecutorios de su Superyo.

El contenido de esta autoacusación melancólica se refería a los tremendos daños que en su fantasía inconsciente ella había infligido al pecho y al interior del analista, subrogado de la madre. El siguiente sueño es muy significativo al respecto:

“Miraba el cajón de mi joyero que tenía en mi casa, estaba lleno de porquerías, medallitas, cuentos y papeles que eran los documentos que pensaba utilizar cuando proyectaba un viaje a Europa con

En sus asociaciones, me pregunta si no vino su madre, y me refiere una larga conversación mantenida con ella, en la cual su madre me reprochaba haberle permitido su relación con R., terminada hacía ya algunos años. Insiste en el poder que tiene su madre sobre ella y que si su madre la apoyase en su carrera artística habría tenido un éxito mucho mayor.

Mis interpretaciones consistieron en mostrarle los destructivos ataques de que me hacía objeto, que habían convertido mi cajón de joyas —el interior de la madre idealizado— en banalidades y por quererlas.

Esta interpretación fue rechazada mediante la negación, argumentando que ella viene a curarse y no a destruirme y que todo lo que le sucede se debe en el fondo a que no se siente libre para desarrollar su personalidad.

Interpreté entonces su falta de libertad relacionándola a su sometimiento,

por culpa, a su objeto interno destruido —el cajón de porquerías dentro de su casa— y agregué que estos ataques eran la consecuencia de sus sentimientos envidiosos a todo lo maravilloso que en su fantasía yo poseía.

Vemos en este material cómo el acting out consiste en la disociación de su crítica envidiosa y destructiva y en la proyección en su madre, a la que posteriormente me envía para criticarme a través del depositario. Mientras tanto, ella me aplaca mostrándome únicamente su transferencia positiva. Dicho en otros términos, el acting out consiste en la disociación de su transferencia negativa y su proyección en la madre, como defensa contra ansiedades paranoides excesivas. El analista representa el pecho idealizado, vuelto ahora perseguidor, que necesita ser aplacado. El ataque al objeto internalizado le trae intensa culpa persecutoria que la priva de “libertad” para realizar sus actividades e intereses con éxito.

Esta parte de su Superyo que la acusa por sus ataques al objeto, es también proyectada en otras personas, madre y sustitutos maternos, a quienes entonces ella acusa de oponerse a la realización de sus variados intereses y actividades.

Otra forma especial de acting out maniaco característico de estos pacientes, es el hábito de mostrar partes importantes de su transferencia, que mantienen cuidadosamente encubiertas durante la sesión, en el momento de despedirse o durante el saludo inicial, antes de iniciar la consulta. Preguntarme, por ejemplo, si me animo a largarla a la vida, si no la encierro, etc.

Decía que “curarse es enloquecer” porque curarse significaba realizar exitosamente su vida y esto era vivido como un robo a la madre, exponiéndola a la retaliación vengativa de su madre internalizada perseguidora. Sentía entonces que “no tenía derecho” a tener éxito en la vida.

Vino a algunas sesiones con la cara sucia a causa de las lágrimas que extendían el rimel de las pestañas por su cara. Esto estaba en relación a que su actividad artística significaba realizar en el escenario sus impulsos perversos, especialmente en lo que se refiere a la homosexualidad y la prostitución.

El escenario significaba por consiguiente el acting out de sus impulsos perversos. La crítica de su Superyo a la realización de estas actividades perversas era también proyectada, de modo que ella se quejaba continuamente de que sus familiares consideraban que su vocación escénica era “sucias” e “indigna” de ella. Estas críticas de su Superyo, proyectado en la madre, eran también ocasión de otros acting out, ya que periódicamente me enviaba a los padres para que yo escuchase sus críticas hasta que la interpretación consecuente de los móviles de su actuación repetida en diferentes contextos, trajo insight y pudo evitar la repetición de estos actings. Comenzó entonces a sentir síntomas de despersonalización. Cuando se hallaba en el escenario “no se sentía ella misma”, no se reconocía a sí misma.

Estos fenómenos de despersonalización desaparecieron transitoriamente para reaparecer tiempo después con otro contenido: con la interpretación que su actividad artística representaba la incorporación de mi pene maravilloso —y el del padre— que ella había robado a la madre y por eso no sentía que era su actividad artística. Con la internalización de un pene idealizado, ella contrarrestaba mi persecución, en tanto yo representaba también la madre robada y perseguidora. Esta situación fue confirmada sesiones después con el siguiente sueño: “Estaba con mi madre en la calle, se acercaban dos hombres casados, yo decía que no esperaran nada de mí si tenían anillos”. Los dos hombres casados representan al analista y a un hombre con el cual ella mantenía en ese entonces una relación amorosa.

En las semanas siguientes la situación de la paciente *se* agravó ostensiblemente. Uno de sus maestros le habla manifestado que sus dificultades escénicas se debían a que carecía de “escena interior”. Este juicio la afectó terriblemente y lo racionalizó a través de una interpretación delirante. Culpaba de esto a los padres que, según ella, eran responsables del tratamiento por electroshock que había recibido años atrás y que le habían causado la muerte de determinadas células cerebrales indispensables para poseer “escena interior”.

Entró entonces en la situación crítica a que nos referimos líneas arriba, por regresión a la fase esquizoparanoide, con vivencias de carácter inefable. Sentía que, por ejemplo, había muerto y vuelto a nacer, o que tenía tres pares de ojos, los ojos propios, los lentes de contacto y dos ojos en la parte alta del pecho. Esto le fue interpretado como multiplicación de los dos pechos que ella sentía no tenía —la “escena interior” de que carecía— por creer que yo, como madre vengativa, se los había robado y matado —morir y renacer como dramatización y negación a la vez de estas fantasías—.

La situación resultaba tan desesperada, la angustia de la paciente era tan intensa, el insomnio tan pertinaz, las quejas de sus padres por la marcha del tratamiento tan continuas, que temí, como ya dije, por la continuidad de su análisis. Resolví entonces enviarla a un psiquiatra para que fuese medicada.

La duplicación de la figura del analista favorecía obviamente el acting out de la paciente. Sin embargo, y posiblemente en base a los largos años que llevaba de análisis, estos acting out pudieron ser parcialmente reducidos, de modo que el análisis pudo continuar exitosamente sin que se interrumpiera y sin necesidad de internación. Esto hubiera significado el acting out de sus ansiedades paranoides con respecto a su analista, que hubiera sido aplacado con el abandono de su actividad artística y su reclusión en un sanatorio.

Su intensa culpa persecutoria con respecto al pecho idealizado y a la vez robado y denigrado de su analista-madre, originó síntomas hipocondríacos con respecto a sus propios pechos, en los cuales sentía dolores y nudosidades que determinaron consultas médicas y que la hacían decir que no le importaba porque “daría sus pechos y la vida por realizarse exitosamente en su carrera artística”. Debía pagar su culpa “ojo por ojo”, es decir, pecho por pecho.

En los meses siguientes, los procesos disociativos de carácter esquizoide se incrementaron, en un esfuerzo por evitar la confusión y la locura que inevitablemente sobrevendrían si estos contenidos disociados se aproximasen. La regresión intensificó los ataques al pecho y otros contenidos valorados de la

madre e hizo necesario un clivaje más rígido entre los aspectos idealizados y persecutorios.

Había iniciado meses antes una relación amorosa con D. Esta elección estaba basada en el mismo modelo que sus anteriores relaciones de objeto amorosas. Eran hombres muy resistidos por su familia, por provenir del mismo círculo artístico que ella frecuentaba y por pertenecer a una esfera socioeconómica diferente. Era el modo de asegurarse el fracaso de esta relación y a la vez una rebelión contra su sometimiento a la madre interna y externa idealizada. Después de algunos meses de iniciada la relación, siempre se las arreglaba para introducir al novio en su casa, y ponerlo en contacto con su madre. Inducía entonces a ambos a estrechar vínculos, de modo que ella poco a poco se iba transformando, en su fantasía, en el tercero excluido, volviéndose la madre y el novio la pareja edípica. Acusaba entonces a su madre de robarle el novio, lo que constituía por un lado una defensa contra su fantasía transferencial de estar unida eróticamente conmigo y robarle ella el pene paterno a su madre, y por otro, un intento de proteger a su madre de sus ataques envidiosos, como veremos en el material ilustrativo.

Poco tiempo después de haber iniciado la relación con D., comenzó a ayudarlo en su trabajo. Esta tarea en común con su novio era fuente de grandes complicaciones. Además de dificultades neuróticas para realizar correctamente su labor, tenía, durante la misma, frecuentes síntomas de despersonalización. En particular, no entendía cómo podía trabajar exitosamente en su carrera artística y simultáneamente ayudar a su novio en sus tareas. Realizar ambas actividades le traía confusión y despersonalización. Debía, necesariamente, hacer una elección. Finalmente, recurrió al incremento de los mecanismos disociativos para evitar la confusión. Dedicaba la mañana a una de las actividades y la tarde a la otra, y dormía una siesta para “separar bien la mañana de la tarde”. Era obvio que trataba de mantener separados dos aspectos de su Yo. Un aspecto vinculado a su carrera artística, con la cual trataba infructuosamente de reparar a

su analista-madre dañado por ella. El fracaso de su reparación estaba vinculado a sus sentimientos ambivalentes, aún no superados, con respecto al pecho de la madre. El otro aspecto se refería a su relación amorosa con su novio, también destinada al fracaso, ya que constituía un doble acting out, de carácter negativo. Por un lado, era un acting de la relación con su analista, sustituto del padre, y' por otro, una actuación que significaba una fuga sin éxito de sus sentimientos envidiosos hacia el analista como representante de la madre.

Amenazada por la confusión y la locura, la paciente recurrió a la defensa hipocondríaca. Clivó en un “quiste hipocondríaco” [Marta Nieto (7)] todos estos contenidos peligrosos provenientes de sus ataques destructivos al pecho y al cuerpo envidiado de la madre, conjuntamente con sus impulsos perversos que habían sido intensificados por la regresión. Manifestaba que tenía dos cuerpos, uno superior bueno y otro inferior malo, que localizaba en el bajo vientre, próximo a sus genitales, y que describía algunas veces como “una bolsa de pus y gusanos” y otras veces como “una mezcla de cabezas de indios y arañas” que ella esperaba que reventasen algún día. Al mismo tiempo, empezó a vomitar todo lo que comía, en un esfuerzo tendiente a expulsar estos contenidos amenazadores.

Un sueño tenido en ese período ilustra estos procesos. La madre de la paciente me había pedido previamente una entrevista. La paciente venía insistiendo desde hace un tiempo que su madre estaba mentalmente enferma y que debería ponerse en tratamiento. A la sesión siguiente de haberme solicitado la madre una entrevista, me relata un sueño: “Me encontraba con D. que se hallaba sentado sobre un montículo de arena. Venían indios que se disponían a atacar a una vieja. D. permanecía tranquilo. Yo le decía de irnos, pero él decía que no, y corría a separar a los indios de la vieja. Después veía a D. en el coche como viajando hacia afuera y me preguntaba si mi relación con él correría la misma suerte que con R.”.

Asocia que los padres no quieren verla independiente, pero que ella está decidida a hacerlo. D. habló con un amigo común explicando la relación que tenía con ella y quiso hablar con los padres, pero la madre se negó a concederle una entrevista. Los indios le recuerdan las cabezas de indios que siente en sus genitales y que todavía no ha expulsado.

Mis interpretaciones se dirigieron primordialmente a mostrarle que ella en la relación con D. le echa encima los indios a su madre y defeca su pecho —D. sentado sobre el montículo de arena—. Luego trata de buscar un acercamiento entre su madre y su novio para que éste defienda a su madre de ella misma. Y conmigo hace lo mismo, indicando que D. me representa a mí en el sueño. Me envía a su madre para que yo la convenza que se haga tratar, es decir, que la cure de los daños que ella cree haberle infligido, robándole el pene del analista, sustituto del padre en este contexto. A causa de esta profunda culpa con su madre, es ella misma, y no sus padres, quien no quiere su independencia.

Estas interpretaciones fueron confirmadas y ampliadas algunas sesiones después, cuando padeció de una grave crisis de angustia, en la cual sintió su corazón latirle con fuerza y creyó que se moría. Por la noche tuvo el siguiente sueño: “Me encontraba con mis padres en la casa en que nací, y veía que mi madre se enfermaba y que su corazón le latía con gran fuerza. Temí que se muriera”. Este sueño muestra con toda claridad el significado de su crisis de angustia, su identificación de carácter melancólico con el objeto dañado por ella misma e internalizado en su Yo. De modo que la muerte de la madre internalizada significaba la muerte de ella misma.

Por consiguiente, debemos entender su crisis de angustia como el acting out de su culpa persecutoria con la madre, habiendo sido ésta introyectada de un modo melancólico. Nos revela que sus angustias frente al Superyo deben continuar siendo analizadas de un modo persistente, si se pretende modificar la estructura melancólica de la paciente.

CONCLUSIONES

En mi opinión, la base del acting out en los pacientes maniaco-depresivos, es la defensa contra la envidia al objeto primario idealizado. La envidia impulsa constantemente al paciente a robar los contenidos envidiados de la madre. De este modo, toda la actividad del enfermo maníaco-depresivo es vivenciada profundamente por él como un robo de estos contenidos. Esta actividad constituye, por consiguiente, el acting out de sus sentimientos envidiosos hacia el pecho y otros contenidos de la madre idealizados.

El proceder técnico consistirá en analizar en profundidad y en la situación analítica, los sentimientos envidiosos hacia los contenidos idealizados del analista. Este análisis suele verse dificultado durante el período maníaco, si el paciente disocia su transferencia negativa con el analista y la proyecta en otros objetos, comúnmente la madre, manteniendo con el analista los aspectos positivos de su transferencia, como encubrimiento y negación de sus sentimientos hostiles proyectados.

Durante el periodo depresivo, el acting out consiste esencialmente en la defensa contra las abrumadoras demandas del Superyo, a causa de los ataques envidiosos del sujeto contra el objeto idealizado.

La situación analítica de la paciente a la que me he referido, oscilaba, en lo que se refiere a sus acting out, entre el acting out maníaco y el depresivo. Cuando tenía éxito en mostrar]e, en la transferencia, sus sentimientos envidiosos hacia mí, y los ataques destructivos a que estos sentimientos la llevaban, iniciaba un período caracterizado preferentemente por acting de carácter melancólico, en los cuales procuraba obtener alivio con relación a las tremendas acusaciones de su Superyo. La interrupción de estos ciclos sólo podrá ser obtenida, a mi modo de ver, con la profundización del análisis de su intensa

envidia a los contenidos idealizados del analista como representante de la madre.

BIBLIOGRAFIA

1. ACHARD DEMARIA (1963).— “LA contratransferencia en el tratamiento de la homosexualidad y su influencia sobre el acting out”. (Trabajo inédito.)
2. ALVAREZ DE TOLEDO, R.— El análisis del “asociar”, del “interpretar” y de “las palabras”. “Rev. de Psic.”, Buenos Aires, T. 13 N° 4 1956.
3. AGORIO, R.; GARBARINO, M. F. de; GAIRBARINO, H.; LACAVA, M; PREGO, V. M. de y PREGO, L. E. (1966).— Manía. “Rev. Urug. de Psa.”, T. VIII, N° 1-2, 1966.
4. FRUED, S.— “Recuerdo, repetición y elaboración”. T XIV. O. comp.
5. GREENACRE, Phyllis.— “Trauma, desarrollo y personalidad”. Cap. II.
6. GRINBERG, L.; LARGER, M.; LIBERMAN, D.; RODRIGUE, E. y RODRIGUE, G. de.— “El proceso analítico”. Relato oficial al II Congreso Panamericano de Psicoanálisis. Buenos Aires, 1966. (Inédito.)
7. NIETO, Marta.— Mecanismos obsesivos y defensa hipocondríaca.. “Rev.

Urug. de Psic.”, T. VI, N° 4, 1964.

8. RASCOYSKY, Arnaldo y Matilde.— “Génesis del acting out y de la conducta psicopática en Edipo: esclarecimiento sobre el filicidio”.
9. RODRIGUE, E. y RODRIGUE, Geneviève T. de.— “El contexto del proceso analítico”. Paidós.
10. ROSENFELD, H. (1964).— “An investigation into the Need of Neurotic Psychotic Patients to Act out during Analysis. Psychotic States. A Psycho-Analytical Approach”. London, The Hogarth Press, 1965

Una investigación sobre la necesidad de los pacientes neuróticos
y psicóticos de actuar durante el análisis

HERBERT A. ROSENFELD

(Londres)

Al investigar la necesidad que tienen los pacientes de actuar durante el análisis, he comprendido que cierto acting out ocurre en todo análisis, y puede ser justificado decir que un acting out no sólo es inevitable sino que es parte esencial de un análisis eficaz. Es sólo cuando este acting out aumenta y se torna excesivo que, tanto el paciente como el análisis, se ven perjudicados.

Ya en el año 1914, Freud trató el problema del acting out. Explicando el proceso del análisis, expresa: “Podemos decir que el paciente no recuerda nada de lo que ha olvidado y reprimido, sino que lo actúa” (Freud, 1914 a). Relaciona entonces el acting out con la compulsión a la repetición y continúa: “Mientras el paciente está bajo tratamiento, no escapa a la compulsión de repetición; al fin se llega a comprender que esa es su manera de recordar”. Luego dice: “Pronto percibimos que la transferencia es en sí misma sólo una parte de esta repetición y que ésta es una transferencia del pasado olvidado no sólo sobre el analista, sino también sobre todos los aspectos de su situación corriente. Debemos, pues, estar preparados para ver que el paciente se abandona a esta compulsión a la repetición, que ahora reemplaza al impulso de recordar, no sólo en su actitud personal hacia el médico, sino también en todas las otras relaciones y actividades que ocupan su vida en ese momento”.

En esta formulación, Freud enfatiza la íntima relación que existe entre el

acting out y la transferencia, que inevitablemente interviene en todos los aspectos de la vida del paciente. Establece también claramente el hecho de que debemos reconocer la reactivación de experiencias pasadas, lo que significa acting out, como el método mediante el cual el paciente recuerda.

Estoy totalmente de acuerdo con el punto de vista de Freud de considerar esta reactivación, o acting out, como parte necesaria de todo análisis, y propongo llamarla “acting out parcial” para diferenciarla del acting out excesivo o total, que Freud trata en la segunda parte del mismo trabajo. Allí señala que el acting out está relacionado con la fuerza de las resistencias del paciente y se infiere que su técnica de aquel momento, consistente en el análisis de las resistencias y el enfoque de la manera como la transferencia penetra en la vida corriente, no era todavía un instrumento terapéutico adecuado. Para prevenir el acting out excesivo, Freud, por un lado, ejercía constante presión para que el paciente recordara en vez de actuar y, por otro, prohibía al paciente contraer nuevas actividades importantes mientras estuviera en tratamiento. Resulta claro que el concepto de que la transferencia interviene en la situación corriente confiere serias responsabilidades al analista, pues está inevitablemente ayudando mediante la transferencia a reactivar la repetición de situaciones pasadas.

Hay muchos analistas que siguen el consejo de Freud y luego de Ferenczi, de usar prohibiciones para reducir el peligro del acting out, pero la mayoría de los autores que han escrito sobre el tema, como Fenichel y Greenacre, están de acuerdo en que estas prohibiciones no evitan el acting out excesivo. Si consideramos el acting out como parte importante y necesaria de cualquier análisis, debemos encarar el hecho de que la prohibición de ciertas actividades, tanto al comienzo como durante el análisis, debe, necesariamente, interferir con su curso normal. Después de todo, lo que queremos es reactivar situaciones pasadas y no suprimirlas desde un comienzo. La respuesta al problema,

independientemente de si estamos en presencia de un acting out total o parcial, parece apuntar hacia otra dirección: una mejor comprensión de la transferencia como reactivación de las relaciones de objeto tempranas, incluyendo las tempranas ansiedades y mecanismos de los que el desarrollo del Yo depende. Esto hace necesario desarrollar una técnica que no sólo descubra las resistencias y ponga en evidencia las defensas del Yo maduro, sino que nos habilite para seguir con detalle lo que es transferido del pasado, estudiando las interrelaciones entre la situación analítica y la vida cotidiana del paciente. Estoy aquí siguiendo fielmente el punto de vista y la técnica de Melanie Klein, tal como los establece en su trabajo sobre “Orígenes de la transferencia” (1952): “Mi concepto de la transferencia como enraizada en las más precoces etapas del desarrollo y en profundos niveles del inconsciente, es más amplio y comprende una técnica por la cual, del material presentado, se deducen los elementos inconscientes de la transferencia; por ejemplo, la información dada por los pacientes sobre su vida diaria, actividades y relaciones, no sólo proporciona insight sobre las funciones del Yo, sino que revela también si exploramos sus contenidos inconscientes, las defensas contra las ansiedades despertadas en la situación transferencial. Pero el paciente se ve obligado a enfrentarse a los conflictos y ansiedades reexperimentados hacia el analista con los mismos métodos que usó en el pasado. Es decir, que huye del analista como intentó huir de sus objetos primarios; trata de disociar la relación, conservándolo como una imagen buena o como una mala; desvía los sentimientos y actitudes experimentados para con el analista hacia otras personas de su vida corriente, y esto es parte del acting out”.

Al igual que Freud, M. Klein enfatiza la reactivación de experiencias pasadas en el análisis y su participación en la vida diaria. Añade, sin embargo, la razón por la cual cree que esta reactivación de experiencias tempranas en el análisis conduce forzosamente a la necesidad del acting out en la vida cotidiana

y ésta consiste en que, en su análisis, el paciente repite la manera como, originariamente, se alejó de su objeto primario.

Desarrollaré este punto de vista aún más. Sugiero que la capacidad del paciente para cooperar en el análisis con sólo un acting out parcial o el que sea constantemente llevado al acting out excesivo, depende del monto de la hostilidad con que me alejó de su más temprano objeto, es decir, del pecho materno.

Si ha habido poca hostilidad en esta huída del pecho, encontraremos durante el análisis solamente un acting out parcial, siempre que la transferencia sea plenamente entendida e interpretada * y esto inclusive cuando las fases orales tempranas del desarrollo infantil están siendo revividas en la transferencia.

Por otro lado, la necesidad del paciente de efectuar un excesivo acting out está en mi opinión, siempre relacionada con una huída excesivamente hostil de los objetos primarios. Para poder llegar a una posible solución terapéutica de nuestro problema, debemos examinar algunos de los factores que pueden ser responsables de la manera como se produce esa huída del objeto primario. Siguiendo las observaciones de M. Klein sobre el temprano desarrollo infantil, opino que el niño experimenta siempre amor y odio hacia el pecho desde el comienzo. Los tres primeros meses de la vida del niño se caracterizan por un splitting en su relación con el pecho, en uno bueno y uno malo, y también por mecanismos de defensa esquizoides, que son usados por el niño para elaborar sus propias ansiedades, que, en estas primeras fases del desarrollo, son de tipo paranoide. El monto de la ansiedad paranoide, depende de la fuerza de los sentimientos hostiles experimentados durante esta fase temprana, mientras que la hostilidad depende por igual de factores innatos internos y/o de factores

* Quiero aclarar que he tenido que delimitar el área de discusión y que me estoy concentrando sólo en la necesidad de los pacientes de actuar. Un excesivo acting out puede ser provocado artificialmente por una defectuosa técnica psicoanalítica, o por un analista que al proyectar sus propios problemas al paciente lo lleva al acting out. Fenichel y Greenacre señalan que es a menudo la contratransferencia de un analista perturbado que lleva al paciente al excesivo acting out.

externos.

Si la hostilidad, y por lo tanto la ansiedad paranoide de esta fase temprana, no es excesiva, la disociación entre el objeto amado y el odiado no es muy rígida; el niño pronto descubre que su amor y su odio están dirigidos hacia un mismo objeto. Esto le permite experimentar sentimientos de culpa y depresión y las ansiedades se centran entonces en el temor a perder el objeto bueno. Esto aumenta su capacidad de amar y de introyectar un objeto bueno de manera más segura, cosa que fortalece al Yo y le hace posible soportar la frustración sin perder totalmente el amor. Esta fase del desarrollo ha sido denominada por M. Klein, "posición depresiva". Si el niño es capaz de elaborar las frustraciones en un nivel depresivo, se infiere que en las frustraciones inevitables de la niñez, será lo suficientemente capaz de desplazarse desde el objeto primario hacia uno secundario sin excesivo odio hacia el primario, de manera que éste no sea vivenciado como enteramente malo. De manera que, cuando, por ejemplo, el paciente está lleno de hostilidad hacia su analista, por una razón u otra, y utiliza el acting out yendo hacia el mundo exterior para encontrar objetos buenos, retiene alguna buena relación con el analista y consecuentemente cierto insight y cooperación en el análisis. Bajo tales circunstancias, la transferencia negativa puede ser elaborada sin un desastroso acting out.

Pero si en la infancia se experimenta una excesiva hostilidad, y en consecuencia una ansiedad paranoide también excesiva, se produce durante la fase esquizoparanoide una fijación de objeto. Cuanto más fuerte sea esta fijación y cuanto más profunda sea la disociación entre el objeto malo y el objeto idealizado, mayores serán las dificultades luego para elaborar La posición depresiva, de la que depende la capacidad del individuo para superar las frustraciones sin perder enteramente al objeto bueno.

Esto significa también que la actitud para con los objetos (característica de la fase paranoide temprana) de disociarlos en uno bueno y otro malo, no está suficientemente modificada, y cuando el niño abandona al objeto primario por

el secundario, lo hace con intensa agresividad, dejando al objeto primario como totalmente malo y yendo hacia el secundario como enteramente bueno, o más bien, idealizado. De esto se infiere que no se retiene ninguna buena relación con el objeto primario en este alejarse. Como en este proceso el objeto primario, el pecho, es también introyectado bajo forma persecutoria, ninguna introyección de un objeto amado puede ser retenida; y a pesar de la necesidad de más y más buenas relaciones ideales con objetos, la ansiedad persecutoria primaria pronto se reafirma e incluso el objeto secundario pronto se convierte en malo.

El paciente que está intensamente fijado a la posición paranoide-esquizoide y que se aparta de su objeto primario con intensa hostilidad, actúa intensamente. De este modo repite constantemente sus tempranas relaciones objetales. Maneja las frustraciones disociando al analista en un objeto bueno y otro malo y constantemente actúa en forma extremadamente repetitiva, proyectando en un objeto externo tanto a la figura ideal mente buena del analista como a la mala. En ambos casos está huyendo del analista como objeto real, de una manera completamente hostil. Esto no permite lograr el insight, porque para que un verdadero insight se desarrolle, es necesario cierto reconocimiento de una relación con el analista, en la cual los sentimientos buenos y malos puedan ser tolerados simultáneamente. Si este paciente encuentra nuevos objetos y desarrolla nuevos intereses, pronto se ve que los sentimientos hostiles y el rechazo hacia el analista son las fuerzas motrices que lo conducen a estas actividades, o son sentidos como los responsables de ellas. Esto hace difícil al paciente proseguir y tener confianza en sus actividades externas. Estas pueden cesar pronto y el paciente recae, conduciendo esto a lo que parecería una reacción terapéutica fuertemente negativa; o debe buscar constantemente nuevos objetos y actividades, cuya búsqueda es también un elemento del comportamiento maníaco. Esto puede ser una explicación del porqué se encuentra a menudo excesivo acting out en pacientes maníacos.

Si ahora tratamos de extraer conclusiones de nuestra investigación, la dirección que debe seguir nuestra terapia se hace más clara. Si el acting out parcial es considerado como un proceso cooperativo y necesario, la terapia debe intentar ayudar al paciente que tiende al acting out “in toto”, para llevarlo a un acting out parcial. Esto significa que debemos analizar, en la transferencia, la fijación del paciente en un nivel paranoide del desarrollo y las defensas que le impiden la elaboración de sus sentimientos depresivos; en otras palabras, el analista debe tratar de movilizar la capacidad del paciente para experimentar amor, depresión y culpa. Si el análisis tiene éxito, el amor y el odio se tornan menos disociados y ambos pueden ser cada vez mejor experimentados hacia el analista como objeto único. Esto proporciona al paciente insight sobre la hostilidad contenida en el acting out excesivo. Aparecerá, entonces, la depresión en la situación transferencial y el problema del acting out disminuirá. El resultado final dependerá de la capacidad del paciente de introyectar en forma segura al analista como objeto bueno y de transferir y proyectar los sentimientos buenos en actividades externas y en objetos secundarios, con una mínima hostilidad hacia el analista, representante de los objetos primarios. Este tipo de acting out en el que nuevas actividades e intereses puedan desarrollarse, es por supuesto la base necesaria para que cualquier análisis sea exitoso. Sin él, ningún análisis puede darse por terminado exitosamente.

Existe, sin embargo, el peligro de que el análisis de los pacientes que actúan excesivamente, pueda seguir otro curso. Pueden bruscamente intentar deponer la mayoría de las actividades del Yo y sus relaciones con objetos de la vida corriente y mostrar un comportamiento marcadamente regresivo en el análisis, comportándose como un niño pequeño y dependiente, por ejemplo, pueden pedir constantemente consejo, reaseguramiento, sesiones extra y otras manifestaciones de amor del analista, de manera de no sólo usar ellos mismos el acting out, sino tratar de inducir al analista a usarlo también él.

Esta regresión es a veces inevitable. Pero el peligro de una regresión profunda, a veces hasta la psicosis, se ve aumentado si el analista es tomado de sorpresa, o si, al percatándose del problema, no maneja adecuadamente las razones de esta regresión' o si la favorece siendo incapaz de resistir la presión del paciente que lo tienta constantemente a actuar.

El riesgo de tal regresión es mayor cuando el análisis ha tenido éxito en movilizar sentimientos de transferencia positiva, y el paciente se da cuenta de que toda su actividad y sus relaciones objetales, incluyendo su sexualidad adulta, están basadas en un alejarse hostil del objeto primario, representado por el analista. Siente entonces una profunda culpa por todo lo que hace fuera del análisis, porque representa una independencia hostil frente a su analista. Estos sentimientos de culpa son difíciles de sobrellevar por contener no sólo elementos depresivos, sino también paranoides. Si predominan las ansiedades depresivas en el Superyo, la necesidad de reparar puede afirmarse, y entonces el excesivo acting out da lugar a una normal cooperación en el análisis mediante un acting out parcial. Pero si las ansiedades paranoides en el Superyo entran a dominar, el intento de reparación falla y el paciente regresa a la fijación temprana a la madre en un nivel esquizoparanoide. Es éste el momento en que debemos tratar la regresión en la transferencia y en que el paciente comienza a actuar excesivamente con el analista.

El significado de este comportamiento debe ser visto desde dos ángulos muy relacionados entre sí. En primer lugar, el analista representa, en esta regresión, al objeto primario que acusa al paciente de haber edificado su propia vida a sus expensas, huyendo hostilmente de él para dedicarse al objeto secundario y a otras actividades; entonces, el paciente siente, inconscientemente, que la mejor manera de aplacarlo es abandonar todas sus actividades y actuar como un bebé. Esta es una causa común del tipo de acting out caracterizado primariamente por un comportamiento infantil. En segundo lugar, este acting out en la regresión, debe ser visto como un intento desesperado de inducir al

analista a actuar hacia el paciente con una manifiesta actitud amistosa, de manera de manejar en alguna forma otro aspecto de la persecución que espera del analista, como representante del objeto primario; el paciente anticipa que toda la hostilidad manifestada por él en el acting out excesivo, conducirá a la retaliación del analista mediante las mismas actividades hostiles. Trata con todas las posibilidades a su alcance de obtener una actuación amistosa de su analista para ocultar y contrarrestar estos temores.

Al manejar este acting out en el análisis, es de primordial importancia para el analista mantener la situación analítica y resistir la constante presión del paciente que lo lleva al acting. Esto, en mi experiencia, sólo es posible si el analista se da cuenta de que estas abrumadoras demandas de una buena relación están encubriendo el intenso temor persecutorio, temor que está basado en sus propias actividades hostiles cuando se alejó del objeto primario. Si el análisis de los temores persecutorios va poco a poco movilizand las ansiedades depresivas y las necesidades de reparar, el acting out por medio de la regresión disminuye.

Expondré ahora, muy brevemente, material clínico de una paciente que, luego de un excesivo acting out, estaba encaminada hacia una regresión total en el análisis. Había existido un constante peligro real de que abandonara su tratamiento, de que se internara en un hospital para enfermos mentales o de que se suicidara. Sufría de una grave depresión con dificultades en el comer. Había previamente actuado en exceso su agresivo desplazamiento de la madre hacia el padre en el período del destete, alejándose agresivamente del analista y yendo hacia una figura masculina idealizada de la vida corriente. El análisis la habilitó para evitar un acting out total cuando amenazaba con abandonar el tratamiento. Cuando más tarde se hizo consciente de que todas sus actividades intelectuales y su interés por los hombres se relacionaban con su menosprecio y hostilidad hacia la madre, que yo representaba, sintió que tenía que volver a una buena relación conmigo, como madre, en vez de ridiculizarme y engañarme constantemente como lo había hecho por un tiempo. Trató de cooperar

nuevamente conmigo y luego de varias semanas dijo no tener más amigos que yo, pidiéndome confianza y amor e inclusive demostrándome que cada vez era menos capaz de cuidarse. En una sesión se portó realmente como una niña pequeña, que no sabe hacer nada, ni siquiera caminar o pensar. Me decía que ahora yo debía hacer todo por ella, que debía llevarla a una nursery porque se sentía incapaz de hablar y de comer, por lo que moriría. Dejó de responder a cualquier interpretación y permaneció inmóvil. Esta situación me parecía como extremadamente alarmante, hasta que le interpreté que ella no podía moverse ni hablar porque sentía que todo lo que hacía estaba mal y, por lo tanto, debía dejar de hacerlo. Respondió casi inmediatamente diciendo que durante todo el día no había podido dejar de pensar en que: “Todo lo que estoy haciendo está mal. No puedo seguir así. Debo parar.

Le interpreté que se sentía así porque vivía su amistad con otras personas y sus actividades, caminar, hablar, comer e incluso pensar, como actos hostiles para conmigo, por lo que debía detenerlos. Casi inmediatamente se tomó nuevamente capaz de pensar y de cooperar conmigo en las sesiones. Esta situación tuvo lógicamente que ser trabajada muchas veces pero el análisis fue capaz de evitar una regresión total. Una de las principales dificultades en este análisis, fue la constante presión de la paciente para inducirme al acting out. Necesitaba desesperadamente verme comportar de un modo amistoso, porque temía mi crueldad; una ansiedad específica era que yo trataba de hacerla totalmente dependiente de mí para mostrarle que yo, como una madre, era superior a ella, como un bebé, y que luego la abandonaría como ella había intentado hacerlo conmigo en las primeras etapas del tratamiento. La dificultad de este análisis radicaba en que, mientras ella buscaba constantemente en su vida exterior una madre amante y buena, su madre interna era vivenciada como extremadamente cruel, en correspondencia con su propio y hostil alejamiento en la infancia; por lo tanto, ninguna de las imágenes externas que encontraba era digna de confianza.

Muchos de los pacientes fijados al nivel esquizoparanoide, presentan problemas adicionales que complican el tratamiento. El proceso del splitting temprano interfiere con la capacidad para el pensamiento verbal y la sublimación, así como con otros aspectos del desarrollo normal del Yo.* En consecuencia, podemos anticipar en pacientes que actúan excesivamente, grados variables de debilidad y perturbaciones del Yo, interferencias con la capacidad para el pensamiento verbal e inhibiciones para la sublimación. Estos problemas acrecientan las tendencias del paciente a enfrentar las dificultades con la acción más que con el pensamiento. Greenacre (1950) señala que los pacientes actuales han sufrido “mas o menos perturbaciones emocionales en los primeros meses de su infancia, con una oralidad incrementada, una tolerancia a las frustraciones disminuida y un narcisismo aumentado”. Encontró, también, perturbaciones en el pensamiento verbal, que relaciona a dificultades en el segundo año.

Hay, por supuesto, pacientes cuya enfermedad se caracteriza por un acting out en su vida cotidiana. Fenichel describía algunos de ellos como neurosis impulsivas o “actuar personajes” e incluye entre ellos delincuentes, perversos, etc. He observado que pacientes psicóticos agudos están continuamente actuando en su vida. Los pacientes que sufren de este “actuar personajes”, o aquellos a los que su enfermedad los lleva a actuar continuamente en su vida, utilizarán igualmente un acting out excesivo durante su análisis. Sus actings out contendrán todos los elementos aquí considerados, pero incluirán también otros factores específicos de su enfermedad. No puedo referirme a todos los problemas relacionados con estas enfermedades, pero me concentraré en el acting out de esquizofrénicos crónicos durante sus análisis. De nuestra investigación hasta la fecha, esperaríamos encontrar en esquizofrénicos tendencias extremas al acting out durante el análisis, tanto por el grado de su fijación en la posición esquizoparanoide como por la intensa hostilidad con que

* Me refiero aquí a la labor de la Dra. Segal y del Dr. Bion sobre estos problemas

se alejaron de su objeto primario. Además de los factores mencionados, existe un problema en la esquizofrenia crónica que, en mi opinión, incrementa la necesidad del acting out. Este problema es el estado confusional agudo contra el cual, tanto esquizofrénicos latentes como crónicos, deben constantemente defenderse. Si el análisis está progresando y las emociones relacionadas con este estado confusional aparecen en la transferencia, el paciente usa un excesivo acting out como defensa contra esta situación.

Discutiré primeramente la psicopatología del estado confusional con cierto detalle. En mi trabajo sobre “Estados confusionales en la esquizofrenia crónica”, propuse que cuando uno de estos pacientes avanza en su análisis y el proceso de splitting disminuye, es probable que aparezca un estado confusional. Allí describí cómo, cuando el amor y el odio se acercan y predominan los impulsos agresivos, el paciente no experimenta ni ansiedad ni culpa ni, como resultado, mejor integración, sino que sucede que su amor y su odio, sus objetos buenos y sus objetos malos se confunden. Pensé que el estado confusional del esquizofrénico debe basarse en estados confusionales tempranos en los que no pueden mantenerse separados los objetos buenos y malos. Sugerí que el proceso de splitting se refuerza o, en su defecto, se desarrollan otros, como defensa contra el estado confusional.

En posteriores trabajos sobre esquizofrenia, me he concentrado más en la importancia de la confusión entre objeto y self, causada por la identificación proyectiva, como uno de los caracteres del estado confusional.

En su libro “Envidia y gratitud”, Melanie Klein aclaró el problema de la confusión y de los estados confusionales. Establece que una envidia excesiva, corolario de los impulsos destructivos, interfiere con la edificación de un objeto bueno, de manera que la separación entre pecho bueno y malo no puede efectuarse suficientemente. Como resultado, la diferenciación entre bueno y malo, se halla luego perturbada en varios aspectos, por razones que describe en detalle. Por ejemplo, sugiere que una excesiva envidia interfiere con la

capacidad del niño de lograr una completa satisfacción, aun cuando las circunstancias externas sean satisfactorias, y aumenta la intensidad y duración de los ataques sádicos al pecho, haciendo así más difícil para el niño recuperar el pecho bueno perdido. M. Klein piensa que la falla básica de no poder disociar al objeto bueno del malo, es la responsable de los estados confusionales de la temprana infancia y posteriores. De esta descripción se puede extraer la conclusión de que la agudeza y duración de los estadios confusionales debe relacionarse con la intensidad de la envidia innata y es, por supuesto, con extremos estados confusionales con los que nos enfrentamos en la esquizofrenia aguda. (Quiero enfatizar aquí que no estoy ignorando factores externos. Sabemos que los esquizofrénicos, frecuentemente, tienen en su historia alguna dificultad de alimentación y otros traumas de la temprana infancia, pero a menudo las dificultades externas son pequeñas y la severidad de la enfermedad está fuera de proporción con dichas dificultades.)

El esquizofrénico latente crónico ha edificado elaborados procesos de splitting como defensa contra el estado confusional y esto, a menudo, le dificulta para sentir emociones. Si está cerca de experimentar cualquier emoción de amor, inmediatamente se ve amenazado por un estado confusional. Esta puede ser la razón por la cual los esquizofrénicos tan a menudo se vienen abajo al ponerse en íntimo contacto con un objeto amado.

Presentaré ahora material ilustrando el acting out de una paciente esquizofrénica crónica, en defensa contra un estado confusional agudo que apareció cuando el acting out disminuyó. Ann había sido tratada por mí, analíticamente, por un corto período durante un ataque esquizofrénico agudo y continuó viéndome regularmente en análisis, durante una fase asintomática que duró dos años. Durante la fase aguda me había percatado de sus grandes temores hacia cualquier impulso sexual. El análisis de esta fase asintomática confirmó sus inhibiciones sexuales y sólo gradualmente me manifestó su intensa

preocupación sexual y sus fantasías. Empezó a leer con gran interés y a seleccionar libros que hallaba sexualmente excitantes. Luego de un año de análisis confesó que pasaba horas meciéndose, que era una forma de masturbación. Me contó entonces sueños y asociaciones en los que se veía claramente que sus sentimientos positivos hacia mí, en la transferencia, se tornaban más fuertes y más conscientes. En este momento comenzó un acting out excesivo con muchos hombres que conocía fundamentalmente en un club donde se bailaba. Cada vez que iba se las arreglaba para levantar alguno, generalmente extranjero. A menudo me insinuaba que el hombre que buscaba era una figura ideal con quien podría casarse. En realidad estos hombres estaban lejos de ser ideales y en una ocasión estuvo cerca de ser golpeada por uno de ellos. Sólo una vez se acostó con un hombre, y sin tener relaciones sexuales completas. Generalmente sólo permitía cierto contacto físico, besos y tocar sus pechos. Se encontraba con estos hombres un par de veces, luego de las cuales omitían llamarla o no asistían a las citas. Sólo muy ocasionalmente era ella la que dejaba la relación. Cuando veía que ésta estaba llegando a su fin, volvía al club, luego de unos días, para lograr otra conquista. Este comportamiento duró alrededor de diez meses.

Pasaba gran parte del tiempo de la sesión contándome acerca de los hombres con quienes se encontraba o sobre los que iba a encontrar. Antes de comenzar a ir al club había existido cierta aceptación de mis interpretaciones sobre sus fuertes sentimientos positivos hacia mí. Ahora reaccionaba más y más con aburrimiento y desprecio o con ira a mis interpretaciones de transferencia positiva. Insistía frecuentemente en que no había necesidad de que viniera al tratamiento porque estaba muy bien, o que no había razón para venir, ya que no escuchaba lo que yo le decía. Resultaba claro que con su acting out insistía en mantenerme en un rol desvalorizado, porque tenía miedo de ser abrumada por la envidia y los celos si me permitía ser más importante para ella. Era igualmente

claro que ella evitaba en su vida real el contacto con un hombre que pudiera ser un objeto de amor, fundamentalmente porque no se sentía *capaz* de amar a nadie. Su elección de hombres muy sexuales y a menudo crudos y sádicos, estaba sobredeterminada. Primeramente, con ellos podía negar su propia incapacidad de amar, y era, también, fácil de proyectar en ellos su propia sexualidad sádica-asesina con la que tenía que destruir cualquier objeto amado que despertara su envidia.

Existía también un deseo sádico de lastimar a sus padres, actuando casi como una prostituta, junto con una necesidad de castigo y humillación debida a la culpa. Algunas de mis interpretaciones le causaron, gradualmente, cierta impresión. Se tomó insatisfecha de sí misma y de los hombres que conocía en el club, y crecientemente interesada y deprimida por su incapacidad para amar. Comprendí que se estaba acercando a mí, pero igualmente lo hacía al estado confusional, pues comenzó a dormir mal. En este tiempo se interesó en un estudiante de color con el que tenía interesantes conversaciones y que no intentaba seducirla. Una relación sin contacto físico había sido imposible para ella hasta entonces, porque la aburría. En este punto, el análisis se vio interrumpido por mis vacaciones. Su relación con este hombre continuó durante aproximadamente tres semanas, pero luego desarrolló la ilusión de estar casada con él. Se tomó gradualmente confusa y fue llevada por un colega a una casa de salud, donde continué el tratamiento a mi regreso. Durante el estado confusional, la fantasía de estar casada con su amigo desapareció, pero ahora declaraba que H., un tío suyo, era a quien ella amaba y con el que estaba casada. Añadía que él la estaba volviendo loca. Luego de varias semanas de esta fase aguda, admitió estar locamente enamorada de mí, siendo yo la única persona con quien se casaría. A veces expresaba fantasías criminales sobre la que fantaseaba que era mi esposa, pero fundamentalmente a mí era a quien quería matar, estrangulándome, luego de haberse aproximado de una manera

seductora. Me contaba largas fantasías sobre muerte de sus padres y sobre ser ella hija adoptiva o echada por su familia. Otras veces decía no querer a su familia, y que había encontrado otra a la cual se había integrado. El factor más llamativo no era su alejamiento de la familia hacia una multitud de objetos, que proyectaba sobre mí en rápida sucesión, sino la manera confusa con que se refería a muchas personas. Por ejemplo, decía lo buena que era su madre con ella y cómo le había dado un piano y muchos regalos; que era una asesina carnicera. Decía que su padre era un hombre rico que la había llevado de vacaciones para que se mejorara; y que era un boxeador que sólo hablaba de guerra y que había dicho que ella estaba loca y que iba a empeorar más y más hasta morir. Hablaba de mí de una manera similar. Decía que yo le había salvado la vida, y que la había vuelto loca. Que yo tenía una preciosa voz que le gustaba escuchar, y que yo era un asesino. Otra vez me dijo: “¿Cómo se las arregla para ser tan esbelto y buen mozo? Le voy a romper la cara. Usted está loco, por qué me ha robado los huesos de la cara?”. A menudo, a continuación, robaba objetos de mi propiedad e intentaba destruirlos, o procuraba introducir sus manos en mi saco. A veces miraba mi corbata con admiración y la tocaba, de golpe tiraba de ella tan fuerte que yo tenía que controlarla. Estrechaba mis manos, en seguida las arañaba lo más fuerte que podía.

El aspecto más asombroso de este estado confusional parecía ser que el tío, sus padres y yo mismo, éramos vivenciados simultáneamente como objetos amados y como perseguidores. Su deseo de matarme por celos y frustración porque no me casaría con ella estaba en la superficie, pero una observación más detallada mostró que sus ataques hacia mí eran fundamentalmente una expresión de envidia. Era su envidia por todo lo que yo tenía lo que la hacía sentir deseos de robarme, atacarme o meterse dentro de mí. Su intromisión dentro de mí y otras personas, lo que ella llamaba “robar vidas”, aumentaba mucho sus sentimientos confusionales y de pérdida de la identidad. Su

comportamiento, que ella llamaba “amor loco”, estaba caracterizado por sentimientos de atracción y envidia simultáneos, que hacían imposible ningún placer en su relación conmigo, y esto por un tiempo considerable.

Mi descripción del estado confusional agudo ha aclarado que la paciente no podía conservar separados sus objetos amados de los objetos perseguidores. Inclusive, experimentaba amor y extrema envidia simultáneamente, lo que le hacía sentir que su amor era locura. Cuando su interés hacia mí se hizo más fuerte, se incrementó su envidia, entonces me desvalorizó y transfirió su interés hacia los hombres del club.

Obtenía cierta satisfacción sexual de este club, pero desde el punto de vista de la situación transferencial lograba un propósito importante: su interés en mí, que se había hecho abrumadoramente fuerte, sexualizado y peligroso, era disociado por el acting out y proyectado sobre los hombres del club. Su elección de los muchos hombres era más aún un intento para disminuir la intensidad de sus sentimientos hacia mí, dispersándolos y escindiéndolos. Ella misma y sus supuestos objetos amados se tornaban más y más desvalorizados por esta misma dispersión.

Cuando la paciente se hizo consciente, hasta cierto punto, de su responsabilidad en esta insatisfactoria situación de su vida exterior y de que estaba evitando toda posibilidad de encontrar al que pudiera amar, se deprimió y trató más exitosamente de encontrar un objeto amado lejos de mí. Cuando tuvo éxito, se vino abajo. Es verdad que en esta relación amorosa había un elemento de acting out, pues quería usarla para alejarse completamente de mí. Pero el análisis de la fase aguda mostró que ésta no era la razón principal de su derrumbe. Cuando el splitting cesó, su interés en una sola persona se hizo más fuerte, lo que aumentó su envidia a un grado extremo, y entonces el amor loco, el estado confusional, afloró.

Cuando la vi por primera vez en estado agudo, hablaba consigo misma y decía, entremezclado con los más desatinados y confusos pensamientos: “¿Me

volveré loca siempre cuando me enamore y me deje llevar?”. Si tratamos de formular una respuesta a esta pregunta, deberíamos decir: sólo si un paciente esquizofrénico se hace gradualmente capaz de lograr un splitting normal entre el objeto bueno y el malo, podrá ser capaz de lograr una relación amorosa y los estados confusionales no se repetirán.

CONCLUSIONES

De éste y otros materiales clínicos he extraído la conclusión de que el acting out excesivo de los esquizofrénicos comienza como una defensa contra los estados confusionales y constituye un intento de mantener separados el amor y la envidia. Hay un intento de lograr la separación entre objeto bueno y malo, pero fracasa. Lo que vemos expresado en el acting out es una serie de procesos anormales de escisión, en los cuales el objeto amado es desvalorizado, disociado y proyectado en varios objetos también desvalorizados. La confusión y la incertidumbre resultantes acerca de la bondad o maldad de los objetos es de relativamente poca importancia, dado el gran número de estos objetos.

Compararé brevemente el acting out excesivo de pacientes no esquizofrénicos, que he descrito en la primera parte de mi trabajo, con el de esquizofrénicos.

Ambos tipos de pacientes están fuertemente fijados a la posición esquizoparanoide y ambos han experimentado intensa hostilidad, tanto por causas internas como externas. Pero hay diferencias importantes. En el primer grupo de pacientes, que pueden ser neuróticos o maníaco-depresivos, la disociación entre objeto bueno y malo ha sido lograda. Esta disociación es a menudo excesiva existiendo gran distancia entre un objeto altamente idealizado y uno extremadamente malo, y es explotada por el acting out cuando el objeto

primario ha sido totalmente desvalorizado y el secundario idealizado. En el grupo de los esquizofrénicos, en el que la envidia excesiva juega importante papel, la separación entre objeto bueno y malo no se ha logrado jamás. Como consecuencia, el agresivo alejamiento del objeto primario, que también ha sido desvalorizado, no conduce a una idealización del objeto secundario, sino a una sucesión de objetos que nunca son vivenciados como totalmente buenos o malos.

RESUMEN

En este trabajo he sugerido que cierto acting out es parte inevitable de todo análisis, porque en la transferencia el paciente repite la manera como se alejó de sus objetos primarios, en particular de su relación primaria con el pecho materno. Que el paciente actúe parcial o excesivamente, depende del grado de hostilidad con que se haya separado de este objeto. El paciente que rechazó al objeto primario con excesiva hostilidad, y que por lo tanto actúa mucho, está fuertemente fijado a su objeto primario en los más tempranos niveles del desarrollo, la posición esquizoparanoide, y tiene un Superyo predominantemente perseguidor. Estos factores explicarían porqué los pacientes que usan excesivamente el acting out, muestran una marcada tendencia a regresar a estas etapas tempranas de fijación, cuando comienzan a sentir culpa por el excesivo acting out en el análisis que afecta sus actividades cotidianas.

Los pacientes que se han alejado de sus objetos primarios de manera menos hostil, actúan sólo parcialmente en el análisis y se muestran capaces de establecer relaciones objetales, características de la posición depresiva descrita por Melanie Klein. El trabajo del analista frente a este excesivo acting out consiste en analizar la fijación al nivel esquizoparanoide, las ansiedades paranoides relacionadas con el hostil alejamiento del objeto primario y las

defensas que evitan la normal elaboración de la posición depresiva. Si tenemos éxito en movilizar las ansiedades depresivas, la culpa y la reparación en nuestros pacientes, se tornarán más colaboradores y cesará el excesivo acting out.

En los esquizofrénicos latentes o crónicos, el acting out toma un curso diferente, porque con su excesivo acting out huyen del estado confusional en el que los objetos buenos y malos no pueden ser diferenciados. Esto hace que su acting out constituya una tarea particularmente difícil de elaborar porque es el propio progreso en el análisis que amenaza traer a la superficie y agudizar el estado confusional, llevando, a menudo, a una hospitalización temporal o a una interrupción del análisis.

La psicopatología del estado confusional agudo ha sido magníficamente aclarada por el descubrimiento del importante rol que desempeña la envidia excesiva en impedir el splitting normal. Esto ha abierto nuevas vías para la mejor comprensión y análisis de las ansiedades básicas de los esquizofrénicos y sus defensas contra ellas, entre las cuales el acting out excesivo es importante.

Traducido por **Luisa de Urtubey y**
Fernando Prego Maberino.

HANNA SEGAL

(Londres)

La comprensión e interpretación del simbolismo inconsciente, es uno de los instrumentos principales del psicólogo. Se ve a menudo enfrentado a la tarea de comprender y reconocer el significado, no sólo de un símbolo particular, sino también del proceso total de la formación de símbolos. Esto es especialmente aplicable al trabajo con pacientes que presentan una perturbación o inhibición de la formación o de la utilización de los símbolos, como ocurre, por ejemplo, en psicóticos o esquizoides.

He aquí un ejemplo muy elemental, tomado de dos pacientes. Uno —a quien llamaré A— era esquizofrénico y estaba internado en un hospital psiquiátrico. Una vez su médico le preguntó porqué, al enfermarse, había dejado de tocar el violín. El enfermo contestó con cierta violencia: “¿cómo?, ¿usted espera que yo me masturbe en público?”.

Otro paciente, B, soñó una noche que tocaba un dúo de violín con una muchacha. De una serie de asociaciones con movimientos de manos, masturbación, etc., emergió claramente que el violín representaba su genital, y tocar el violín representaba una fantasía masturbatoria de relación con una muchacha.

Resulta, pues, que los dos pacientes usaban aparentemente los mismos símbolos en la misma situación —el violín representando el genital masculino y tocar el violín representando la masturbación—. Pero, sin embargo, el modo

* Traducido del “International Journal of Psycho-Analysis”, T. XXXVIII, parte 6, año 1957.

como funciona el símbolo es muy diferente. Para A, el violín se había igualado tanto con su genital, que se había tornado imposible tocarlo en público. Para B, tocar el violín en su vida cotidiana constituía una importante sublimación. Podríamos decir que la principal diferencia entre ellos es que, para A, el significado simbólico del violín era consciente, y, para B, inconsciente. No pienso, sin embargo, que ésta sea la diferencia más importante entre los dos pacientes. En el caso de B, cuando el significado del sueño se volvió plenamente consciente, ello no impidió de modo alguno que siguiera usando su violín. Por otra parte, en A había muchos símbolos que operaban inconscientemente, de la misma manera como usaba al violín en un plano consciente.

Tomemos otro ejemplo —esta vez de un paciente esquizofrénico en situación analítica—. A una sesión de las primeras semanas de su análisis, vino sonrojado y riendo vergonzosamente y no habló durante toda la hora. Descubrimos posteriormente que inmediatamente antes de la sesión había asistido a una clase de terapia ocupacional, durante la cual se había dedicado a la carpintería y construido un taburete.^{**} La razón de su silencio, sonrojo y risa, era que no se decidía a hablarme del trabajo que estaba haciendo. Para él, el taburete en el que estaba trabajando, la palabra que tendría que usar para referirse a él y las heces que depositaba en el cuarto de baño, eran absolutamente una y la misma cosa, tanto que se volvía incapaz de mencionármelo. Se aclaró luego, en el análisis, que la ecuación de la palabra, el taburete y las heces era, en aquel momento, completamente inconsciente. Sólo tenía consciencia el paciente de que se sentía avergonzado y no podía hablarme.

La principal diferencia entre el primer y segundo pacientes mencionados, en cuanto al uso del violín como símbolo del genital masculino, no estriba en que en un caso el símbolo era consciente y en el otro inconsciente, sino en que en el primer caso se lo sentía como siendo el genital y en el segundo como

representándolo.

Según la definición de Ernest Jones (2), el violín del esquizofrénico A sería considerado como un símbolo. También el del sueño de B. Pero el violín no constituiría un símbolo en la vida diaria de B, cuando lo usaba en forma sublimatoria.

En un trabajo publicado en 1916 (2), Jones diferenció el simbolismo inconsciente de otras formas de “representación indirecta”, y formuló las siguientes precisiones acerca del verdadero simbolismo inconsciente:

(I) Un símbolo representa algo que ha sido reprimido de la consciencia. Todo el proceso de simbolización se lleva a cabo inconscientemente.

(II) Todos los símbolos representan ideas sobre “el self, sobre las relaciones consanguíneas inmediatas y sobre los fenómenos del nacimiento, la vida y la muerte”.

(III) Un símbolo tiene un significado constante. Muchos símbolos pueden usarse para representar la misma idea reprimida, pero cada símbolo tiene un significado constante, que es universal.

(IV) El simbolismo surge como resultado de un conflicto intrapsíquico entre “las tendencias represoras y lo reprimido”. Más aún, “sólo lo reprimido es simbolizado, sólo lo que se encuentra reprimido necesita ser simbolizado”.

También distingue entre sublimación y simbolización. “Los símbolos”, dice, “surgen cuando el afecto que inviste a la idea simbolizada no se ha mostrado, en lo que concierne al símbolo, capaz de la modificación cualitativa que denota el término sublimación

Efectuando un sumario de las puntualizaciones de Jones puede decirse que, cuando debido a un conflicto, un deseo tiene que ser abandonado y reprimido,

** Nota de la traductora: La palabra en el texto inglés es *stool*, que es homónima para taburete y excrementos

puede expresarse de modo simbólico y el objeto del deseo abandonado es reemplazado por un símbolo.

El trabajo analítico posterior, y particularmente el análisis de juego de niños pequeños, ha confirmado plenamente algunas de las precisiones formuladas por Jones. Los primeros intereses e impulsos del niño se dirigen hacia su propio cuerpo y hacia los cuerpos de sus padres, y son estos impulsos y objetos existentes en el inconsciente, los que, por medio de la simbolización, originan todos los intereses posteriores. Sin embargo, la afirmación de Jones de que los símbolos se forman cuando no hay sublimación, provocó pronto discrepancias. Jones mismo, como Freud, escribió muchos interesantes trabajos que analizaban el contenido de obras de arte. Melanie Klein, en un trabajo de 1923 (3) sobre análisis tempranos, no coincidió con la opinión de Jones sobre la relación entre simbolización y sublimación. Trató de mostrar cómo el juego de los niños — una actividad sublimada— es expresión simbólica de ansiedades y deseos.

Podríamos considerar que se trata de un problema de terminología y aceptar el parecer de Jones de que se debe llamar símbolos sólo a aquellos sustitutos que reemplazan al objeto sin ningún cambio de afecto. Por otra parte, se obtienen grandes ventajas si se extiende la definición de modo que abarque los símbolos usados en la sublimación. En primer lugar, esta definición ampliada coincide mejor con el uso lingüístico común. El concepto de Jones excluye a la mayoría de los que son llamados “símbolos” en otras ciencias y en el lenguaje cotidiano. En segundo lugar, parece observarse un desarrollo continuo desde los símbolos primitivos, tales como los describió Jones, a los símbolos usados en la expresión, la comunicación, el descubrimiento, la creación, etc., como lo describiré más adelante. En tercer lugar, resulta difícil establecer una conexión entre los procesos mentales y los deseos primitivos tempranos, si no se admite el concepto ampliado de simbolismo. Desde el punto de vista analítico, el interés del niño hacia el mundo externo está determinado por una serie de

desplazamientos de afecto e intereses desde los objetos más tempranos a los nuevos. Y, ¿cómo podríamos hablar de un desplazamiento que se realizara de otro modo que por una simbolización?

Melanie Klein planteó en 1930 (3) el problema de la inhibición de la formación de símbolos. Describió un niño autista, Dick, de cuatro años de edad, que no hablaba ni jugaba; no mostraba afecto ni ansiedad y nada de lo que lo rodeaba despertaba su interés, excepto los pestillos de las puertas, las estaciones y los trenes, que parecían fascinarlo. El análisis reveló que el niño estaba aterrorizado de su agresividad hacia el cuerpo de su madre, y del cuerpo de su madre a quien sentía haber vuelto malo debido a los ataques que le había dirigido; en razón de la intensidad de su angustia había erigido poderosas defensas contra las fantasías sobre la madre. El resultado fue una parálisis de su vida de fantasía y de la formación de símbolos. No había dotado de ningún significado al mundo que lo rodeaba y, por lo tanto, no le interesaba. Melanie Klein llegó a la conclusión de que si la simbolización no se produce, todo el desarrollo del Yo se ve detenido.

Si aceptamos este punto de vista, todo el proceso de simbolización requerirá un nuevo y más cuidadoso estudio. Para empezar, siguiendo a C. Morris (4), creo conveniente considerar que el establecimiento de un símbolo es una relación de tres términos, i.e. una relación entre la cosa simbolizada, la cosa que funciona como símbolo y la persona para quien la una representa a la otra. En términos psicológicos, el simbolismo sería una relación entre el Yo, el objeto y el símbolo.

La formación de símbolos es una actividad del Yo destinada a elaborar las ansiedades que surgen de la relación con el objeto; es decir, fundamentalmente, del miedo a los objetos malos y del miedo a perder o no lograr los objetos buenos. Las perturbaciones de la relación del Yo con los objetos se reflejan en perturbaciones de la formación de símbolos. Perturbaciones en la diferenciación

entre el Yo y el objeto conducen a perturbaciones en la diferenciación entre el símbolo y el objeto simbolizado y, por lo tanto, a un pensamiento concreto, característico de las psicosis.

La formación de símbolos comienza muy temprano, probablemente tan pronto como las relaciones objetales, pero modifica su carácter y sus funciones paralelamente a los cambios del Yo y de las relaciones de objeto. El grado de desarrollo del Yo y su modo de proceder con los objetos se refleja con exactitud, no sólo en el contenido de los símbolos, sino especialmente en el modo cómo son formados y usados. Si se considera al simbolismo como una relación de tres términos, los problemas de la formación de símbolos deben examinarse en el contexto de las relaciones del Yo con sus objetos.

Trataré de describir brevemente algunas actitudes básicas del Yo hacia los objetos y el modo como pienso que influyen sobre los procesos de formación de símbolos y sobre el funcionamiento del simbolismo. Mi descripción se basa sobre los conceptos de Melanie Klein (3) de posición esquizoparanoide y posición depresiva. Según ella, el estadio oral del desarrollo se divide en dos fases, la primera de las cuales es el punto de fijación del grupo de las esquizofrenias y la segunda el de las enfermedades maníaco-depresivas. Seleccionaré para mi descripción, que deberá ser necesariamente esquemática, sólo aquellos puntos aplicables al problema de la formación de símbolos.

Las primeras relaciones de objeto del bebé presentan las siguientes características principales: se disocia al objeto en uno idealmente bueno y otro totalmente malo. La finalidad del Yo es unirse en forma total con el objeto ideal y aniquilar totalmente al objeto malo y a las partes malas del self. El pensamiento omnipotente prevalece, mientras que el sentido de realidad es intermitente y precario. El concepto de ausencia es casi inexistente, pues, cuando no se produce la unión gratificante con el objeto ideal, el Yo, en vez de experimentar ausencia, se ve atacado por la contrapartida del objeto bueno —el o los objetos malos—. En este momento se produce la gratificación alucinatoria

de deseos, descrita por Freud, en la que el pensamiento crea objetos, que entonces son sentidos como disponibles. Según Melanie Klein, éste es también el momento de la alucinación de lo malo, es decir que, si las condiciones ideales no se dan, el objeto malo es también alucinado y sentido como real.

En esta fase, la identificación proyectiva es un mecanismo de defensa capital. Mediante ella, el sujeto proyecta, en su fantasía, amplias partes de sí mismo dentro del objeto, quedando entonces identificado el objeto con las partes del self que el sujeto siente, que contiene. Del mismo modo, objetos internos son proyectados afuera e identificados con partes del mundo externo, que entonces pasan a representarlos. Estas primeras proyecciones e identificaciones constituyen los comienzos del proceso de formación de símbolos.

Sin embargo, estos símbolos más tempranos no son sentidos por el Yo como símbolos o sustitutos, sino como el objeto original mismo. Son tan distintos de los símbolos formados posteriormente, que pienso que merecen un nombre que les sea propio. En mi trabajo de 1950 (7), sugerí el término “ecuación”. Pero ahora creo que esta palabra los diferencia demasiado del término “símbolo” y quisiera modificarla aquí por “ecuación simbólica

Pienso que la ecuación simbólica entre el objeto original y el símbolo, en el mundo interno y en el mundo externo, es la base del pensamiento concreto esquizofrénico, donde sustitutos de objetos originales o de partes del self son usados libremente, pero —como en los dos ejemplos de pacientes esquizofrénicos que referí— considerándolos como no diferentes del objeto original: sentidos y tratados como idénticos a éste. Esta no diferenciación entre la cosa simbolizada y el símbolo forma parte de un trastorno en la relación entre el Yo y el objeto. Partes del self y objetos internos son proyectados en un objeto e identificados con él. La diferenciación entre el self y el objeto se ve oscurecida. Sucede entonces que, ya que una parte del Yo está confundida con el objeto, el

símbolo —que es una creación y una función del Yo— se torna, a su vez, confundido con el objeto que simboliza.

Cuando se establecen ecuaciones simbólicas con relación a objetos malos, existe la tentativa de enfrentarse a ellas del mismo modo que al objeto original, es decir, mediante aniquilación total y escotomización. En el trabajo de Melanie Klein mencionado anteriormente (3), parecía que Dick no había formado relaciones simbólicas con el mundo externo. Este trabajo fue escrito en la primera época del análisis de Dick, y yo me pregunto, basándome en mi propia experiencia con esquizofrénicos, si no se habrá revelado posteriormente que Dick había formado numerosas ecuaciones simbólicas en el mundo externo. Si así fuese, estas ecuaciones simbólicas habrían llevado consigo la angustia experimentada en relación con el objeto original, persecutorio o productor de culpa, el cuerpo de la madre, de modo que las habría enfrentado mediante aniquilación, o sea, con un retraimiento total de su interés. Algunos de los símbolos que formó al progresar su análisis, cuando comenzó a mostrar interés hacia varios objetos del consultorio, parecen mostrar las características de las ecuaciones simbólicas. Por ejemplo, cuando al ver virutas de lápiz, dijo: “pobre Sra. Klein”. Para él, las virutas eran la Sra. Klein cortada en pedazos.

Así ocurrió en el análisis de mi paciente Edward (7). Apareció en una etapa de su análisis un cierto grado de formación de símbolos, basada en ecuaciones simbólicas; de este modo, su ansiedad se desplazó desde el analista, vivido como objeto interno malo, hacia sustitutos en el mundo externo. Como consecuencia, enfrenté a los numerosos perseguidores externos mediante la escotomización. Esta fase del análisis, cuya duración fue de varios meses, se caracterizó por una extrema limitación de sus intereses hacia el mundo externo. También su vocabulario se tornó muy pobre en ese momento. Se prohibía, y me prohibía, el uso de muchas palabras que sentía, tenían el poder de producir alucinaciones y, por lo tanto, debían ser abolidas. Este comportamiento es asombrosamente similar al de una tribu paraguaya, los Abipones, que no toleran

nada que les recuerde la muerte. Cuando muere un miembro de la tribu, todas las palabras que poseen alguna afinidad con los nombres del difunto son suprimidas inmediatamente del vocabulario. Como consecuencia, su lenguaje es muy difícil de aprender, puesto que está lleno de bloqueos y neologismos que reemplazan a las palabras prohibidas.

El desarrollo del Yo y los cambios en sus relaciones con los objetos, son graduales; así también lo es el cambio símbolos tempranos, que llamé ecuaciones simbólicas, para convertirse en los símbolos plenamente formados de la posición depresiva. Por lo tanto, es sólo para ofrecer mayor claridad que efectuaré ahora una diferenciación marcada entre las relaciones del Yo en la posición esquizoparanoide y en la posición depresiva, y entre las ecuaciones simbólicas y los símbolos que se forman durante y después de la posición depresiva. La principal característica de la relación de objeto de la posición depresiva, es que el objeto es sentido como total. En conexión con esto, hay un mayor grado de conocimiento y diferenciación de la separación existente entre el Yo y el objeto. Al reconocerse al objeto como un todo, la ambivalencia se experimenta más plenamente. El Yo lucha contra su ambivalencia; su relación con el objeto se caracteriza por culpa, miedo a la pérdida, o sentimiento actual de pérdida y duelo; se esfuerza por recrear al objeto. Al mismo tiempo, los procesos introyectivos se vuelven más pronunciados que los proyectivos, en correspondencia con el esfuerzo para retener dentro de sí al objeto, repararlo, restaurarlo y re-crearlo.

Si las circunstancias favorecen un desarrollo normal, después de repetidas experiencias de pérdida, recuperación y re-creación, se establece firmemente en el Yo un objeto bueno. A medida que el Yo se desarrolla y se integra, ocurren tres cambios en relación con el objeto, que afectan fundamentalmente su sentido de realidad. Estos cambios son una mayor consciencia de la ambivalencia, la disminución de la intensidad de la proyección y una creciente diferenciación

entre el self y el objeto; su efecto es que se obtiene un sentido de la realidad interna y externa cada vez mayor. El mundo interno se diferencia del mundo externo. El pensamiento omnipotente, característico de las fases más tempranas, es sustituido gradualmente por un pensamiento más realista. Simultáneamente, y como parte del mismo proceso, se produce una cierta modificación de los fines instintivos primarios. Anteriormente, la finalidad era poseer totalmente al objeto si se lo sentía bueno, o aniquilarlo totalmente si se lo sentía malo. Cuando se reconoce que ambos objetos, bueno y malo, son en realidad uno solo, esos fines instintivos se modifican gradualmente. El Yo se preocupa cada vez más por salvar al objeto de su agresión y deseo de poseerlo. Esto implica un cierto grado de inhibición de los fines instintivos directos, tanto agresivos como libidinales.

Esta situación resulta un estímulo poderoso para la creación de símbolos; además, los símbolos adquieren nuevas funciones que cambian su carácter. Se necesita al símbolo para desplazar agresión del objeto original, disminuyendo así la culpa y el miedo a perder al objeto. Aquí, el símbolo no es equivalente al objeto original, ya que la finalidad del desplazamiento es salvar al objeto, de modo que la culpa experimentada en relación con él es mucho menor que la derivada de un ataque contra el objeto original. También se crean símbolos en el mundo interno, como un modo de restaurar, re-crear, recapturar y apoderarse nuevamente del objeto original. Pero, paralelamente al acrecentamiento del sentido de realidad, ahora se siente a estos símbolos como creaciones del Yo y, por lo tanto, nunca completamente igualados al objeto original.

Freud (1) postula que la modificación de los fines instintivos es una precondition básica de la sublimación. Considero que la formación de símbolos en la posición depresiva requiere una cierta inhibición de los fines instintivos directos en relación con el objeto original, quedando así estos símbolos disponibles para la sublimación. Los símbolos creados internamente pueden entonces ser re-proyectados en el mundo externo, otorgándole significación

simbólica.

La capacidad para experimentar pérdida y el deseo de re-crear al objeto en el mundo interno, proporcionan al individuo una libertad inconsciente para usar símbolos. Como se reconoce al símbolo como una creación propia, a diferencia de lo que ocurre en la ecuación simbólica, el sujeto puede usarlo libremente.

Cuando se utiliza como símbolo a un sustituto en el mundo externo, es posible disponer de él con menos trabas que con el objeto original, pues no está totalmente identificado con él. Pero también en tanto se lo distingue del objeto original, se lo reconoce como objeto en sí mismo. Sus propiedades son aceptadas y respetadas, pues no hay una confusión con el objeto original que oscurezca las características de este nuevo objeto usado como símbolo.

A veces, puede observarse muy claramente en un análisis los cambios en las relaciones simbólicas a través de la actitud del paciente hacia sus heces. En el nivel esquizoide, el paciente espera que sus heces sean el pecho idealizado; si no puede mantener esta idealización, sus heces se vuelven persecutorias y son expelidas como un pecho despedazado, destruido y perseguidor. Si el paciente trata de simbolizar a sus heces en el mundo externo, estos símbolos son sentidos como heces perseguidoras. En estas condiciones, no puede producirse ninguna sublimación de las actividades anales.

En el nivel depresivo, el paciente siente que el pecho introyectado ha sido destruido por el Yo y puede ser re-creado por el Yo. Entonces se hace posible sentir a las heces como algo creado por el Yo con el objeto y valorizarlas como símbolo del pecho y, al mismo tiempo, como un buen producto de la capacidad creadora del Yo.

Cuando esta relación con las heces y otros productos corporales ha sido establecida, es factible una proyección sobre sustancias del mundo externo, tales como pintura, arcilla, etc., que se usen para sublimar.

Una vez logrado este estadio del desarrollo, no es, por supuesto,

irreversible. Si las ansiedades son demasiado intensas, puede ocurrir una regresión a la posición esquizoparanoide en cualquier etapa del desarrollo individual y puede recurrirse a la identificación proyectiva como defensa frente a la angustia. Sucede entonces que los símbolos que se habían establecido y funcionado como tales en la sublimación, retroceden a la etapa de ecuaciones simbólicas concretas. Esto obedece principalmente a que, en la identificación proyectiva masiva, el Yo se confunde nuevamente con el objeto, y el símbolo se confunde con la cosa simbolizada y, por lo tanto, se vuelve una ecuación.

En el paciente esquizofrénico A, referido al comienzo de este trabajo, se observaba el derrumbe de una sublimación ya establecida. Antes de este derrumbe esquizofrénico, el violín había funcionado como símbolo y se lo utilizaba para sublimar. Sólo quedó concretamente igualado al pene con la iniciación de la enfermedad. Al producirse la identificación proyectiva, con la resultante confusión entre los símbolos usados por el Yo —entre la palabra, el pensamiento y el objeto a simbolizar—, las palabras formadas cuando el Yo era relativamente maduro se igualan con los objetos a quienes debieran representar y son experimentadas como objetos concretos.

Quisiera ahora resumir lo que entiendo con los términos “ecuación simbólica” y “símbolo” respectivamente y las condiciones en las cuales surgen. En la ecuación simbólica, el símbolo sustituto es sentido como siendo el objeto original. Las propiedades del sustituto no son reconocidas ni admitidas. La ecuación simbólica se usa para negar la ausencia del objeto ideal o para controlar a un objeto perseguidor. Pertenece a los estados primitivos del desarrollo.

El símbolo propiamente dicho, disponible para la sublimación y promotor del desarrollo del Yo, es sentido como representando al objeto; sus características propias son reconocidas, respetadas y usadas. Surge cuando los sentimientos depresivos predominan sobre los esquizoparanoide, cuando la

separación, la ambivalencia, la culpa y la pérdida pueden ser experimentadas y toleradas. El símbolo no se usa para negar, sino para superar la pérdida. Cuando el mecanismo de la identificación proyectiva es utilizado como defensa frente a ansiedades depresivas, símbolos ya formados y funcionando como tales pueden retroceder a ecuaciones simbólicas.

La formación de símbolos rige la capacidad de comunicarse, ya que toda comunicación se realiza por medio de símbolos. Cuando ocurren trastornos esquizoides en las relaciones de objeto, la capacidad de comunicación queda igualmente trastornada: primero, porque la diferenciación entre el sujeto y el objeto se confunde; segundo, porque faltan los medios de comunicación, puesto que los símbolos se viven en forma concreta y, por lo tanto, no son aptos para la comunicación. Un problema siempre recurrente en el análisis de pacientes psicóticos es la dificultad de comunicación. Por ejemplo, las palabras, ya sean pronunciadas por el analista o por el paciente, se sienten como objetos o acciones, y no se pueden usar para comunicarse.

Los símbolos son necesarios no sólo para la comunicación con el mundo externo, sino también para la comunicación interna. Cabe preguntarse qué queremos significar cuando hablamos de personas que tienen buen contacto con su inconsciente. No queremos decir que son conscientes de fantasías primitivas, como las que se harán evidentes durante su análisis, sino simplemente que tienen cierto conocimiento de sus propios impulsos y sentimientos. Sin embargo, creo que queremos significar más que esto; queremos significar que tienen una comunicación efectiva con sus fantasías conscientes. Y esta comunicación, como cualquier otra, sólo puede hacerse con la ayuda de símbolos. Es decir que, en las personas cuyo contacto con el inconsciente es bueno, hay una formación de símbolos libre y constante, mediante la cual les es posible un conocimiento consciente y un control sobre las expresiones simbólicas de las fantasías inconscientes primitivas subyacentes. La dificultad para tratar pacientes esquizofrénicos y esquizoides no reside tanto en que no

pueden comunicarse con nosotros, sino más aún en que no pueden comunicarse con ellos mismos. Cualquier parte de su Yo puede estar dissociada de cualquier otra parte, sin ninguna comunicación posible entre las dos.

Pienso que la capacidad para comunicarse consigo mismo mediante símbolos, es la base del pensamiento verbal —que es la capacidad de comunicarse consigo mismo mediante palabras—. No toda la comunicación interna es pensamiento verbal, pero todo el pensamiento verbal es una comunicación interna por medio de palabras-símbolos.

Un aspecto importante de la comunicación interna es la integración de los deseos, ansiedades y fantasías tempranos en los estadios posteriores del desarrollo, por medio de la simbolización. Por ejemplo, todos los fines más tempranos —anales, uretrales, orales— pueden expresarse y gratificarse simbólicamente en la función genital plenamente desarrollada, como lo describe en forma magnífica Ferenczi en *Thalassa*.

Esto me conduce al último punto que discutiré en este trabajo. Pienso que una de las tareas importantes que realiza el Yo en la posición depresiva consiste en manejar, además de las ansiedades depresivas, conflictos anteriores no resueltos. Para enfrentar estos conflictos anteriores no re⁷sueltos, el Yo utiliza un logro de la posición depresiva, la capacidad para simbolizar, y así disminuye la ansiedad y resuelve los conflictos simbolizándolos. Sucede así que ansiedades que no lograron ser elaboradas anteriormente, debido al carácter extremadamente concreto de la experiencia con el objeto o con sus sustitutos en la ecuación simbólica, consiguen ser elaboradas de modo gradual, por medio de la simbolización, como función de un Yo más integrado, y entonces ser integradas ellas también. Durante la posición depresiva y posteriormente, los símbolos se forman no sólo con el objeto total destruido y re-creado, característico de la posición depresiva, sino también con el objeto clivado —extremadamente bueno y extremadamente malo—, y no sólo con el objeto total,

sino también con objetos parciales. Algunas de las relaciones de objeto paranoides e ideales pueden ser simbolizadas, dentro de la posición depresiva, como parte de un proceso integrativo.

El cuento de hadas constituye un ejemplo que ilustra este punto. Se refiere básicamente a la bruja, al hada madrina, al príncipe encantado, al ogro, etc., y posee una parte importante de contenido esquizofrénico. Sin embargo, se trata de un producto altamente integrado, una creación artística que simboliza plenamente las ansiedades y deseos tempranos del niño. Quisiera ilustrar la función del cuento de hadas mediante el material de una adolescente esquizofrénica. Era una chica que se había mostrado abiertamente esquizofrénica y alucinada desde los cuatro años. No obstante, poseía muchos rasgos depresivos y había en su vida fases de integración relativamente mayor. En estas fases, en las que se sentía menos perseguida y podía extrañar a sus padres, acostumbraba escribir cuentos de hadas. En las fases peores, las figuras malas de sus cuentos de hadas cobraban vida y la perseguían. Un día, después de varias semanas de silencio, durante las cuales estaba obviamente alucinada en forma muy persecutoria, se volvió súbitamente hacia mí y me preguntó con mucho miedo: “¿Qué son las brujas de Lancashire?”. Yo nunca había oído hablar de las brujas de Lancashire, no me las había mencionado antes, pero sabía que la paciente provenía de Lancashire. Después de algunas interpretaciones, me contó que cuando tenía aproximadamente once años (en ese tiempo había pasado un año entero sin alucinaciones), había escrito un cuento de hadas sobre las brujas de Lancashire. La fase del análisis que siguió a esta sesión fue muy reveladora. Resultó que las brujas de Lancashire la representaban a ella y a su madre. Esta situación de ansiedad se remontaba a su temprana infancia, en la que se veía a sí misma y a su madre como devorándose la una a la otra o devorando al padre. Cuando luego logró un mayor grado de integración y estableció una relación más realista con sus padres, la situación

previa fue enfrentada mediante formación de símbolos, escribiendo un cuento de hadas sobre las brujas de Lancashire. Cuando más tarde su salud se dete⁴oró, la situación persecutoria anterior se repitió intensa y concretamente, pero en un forma nueva. El cuento de hadas adquirió vida: las brujas de Lancashire — figuras del cuento de hadas que ella había creado- se tornaron realidad externa concreta. Resultó muy claro en el consultorio cómo esta concretización del cuento, de hadas dependía de la identificación proyectiva. Se volvió hacia mí y me preguntó por las brujas de Lancashire. Suponía que yo sabía quienes eran. En verdad, pensaba que yo era una de las brujas de Lancashire. Fantaseaba inconscientemente haber puesto en mí la parte de ella inventora de las brujas de Lancashire, y había perdido contacto con esta parte. En esta proyección, perdió todo sentido de realidad y todo recuerdo de que era ella quien había creado este símbolo, las “brujas de Lancashire”. Su símbolo quedó confundido conmigo, como objeto externo presente, y entonces se volvió para ella una realidad externa concreta —yo me había convertido en una bruja de Lancashire—.

El modo como el Yo en maduración maneja las relaciones de objeto tempranas, durante el proceso de elaboración de la posición depresiva, es de fundamental importancia. Puede lograrse, durante la posición depresiva, una cierta integración y relaciones con objetos totales, acompañadas del clivaje de experiencias tempranas del Yo. Esta situación conduce a que exista algo así como un reducto de esquizofrenia aislada en el Yo, que constituye una amenaza constante para la estabilidad. En el peor de los casos, ocurre un derrumbe psíquico y las ansiedades tempranas y las ecuaciones simbólicas clivadas invaden al Yo. En el mejor de los casos, puede desarrollarse y funcionar un Yo relativamente maduro, pero restringido.

Pero si el Yo es suficientemente fuerte y capaz de manejar ansiedades durante la posición depresiva, logra integrar en él un número mucho más importante de situaciones tempranas y elaborarlas por medio de la

simbolización, de modo que se beneficia con toda la riqueza de las experiencias arcaicas.

La palabra “símbolo” proviene del término usado por los griegos para significar reunir, reconciliar, integrar. Pienso que el proceso de formación de símbolos es un proceso continuo de reconciliación e integración de lo interno con lo externo, del sujeto con el objeto, de las experiencias tempranas con las posteriores.

Traducido por **Luisa de Urtubey**.

BIBLIOGRAFIA

1. FREUD, S.— “The Ego and the Id”.
2. JOKES, Ernest (1916).—”The Theory of Symbolism”. Papers on Psycho-Analysis.
3. KLEIN, Melanie (1930).— “On the Importance of Symbol Formation in the Development of the Ego”. Contributions to Psycho-Analysis, 1921-45.
4. MORRIS, O.— “Foundations on the Theory of Signs”. International Ency-

yclopedia of Unified Science, 2.

5. RODRIGUE, E.— Notes on Symbolism. “Int. J. Psycho-Anal.”, 37.
6. RYCROFT, O.— Symbolism and its Relation to Primary and Secondary Processes. “Int. J. Psycho-Anal.”, 37.
7. SEGAL, II. (1950).— Some Aspects of the Analysis of a Schizophrenic. “Int. J. Psycho-Anal.”, 31.
8. (1952).— A Psycho-Analytic Contribution to Aesthetics. “Int. J. Psycho-Anal.”, 33.
9. (1955).— Depression in the Schizophrenic. “Int. J. Psycho-Anal.”, 36.

Reseña de libros y revistas

Acting out and its relation to impulse disorders. Reported by Mark Kanzer (Acting out y su relación con disturbios de los impulsos. Reseñado por Mark Kanzer). "Journal of the American Psychoanal. Association", vol. 5, Nº 1, 136-145, 1957.

Mark Kanzer resume en este número el "panel", realizado en Chicago en 1956, en el que se discutió el problema del acting out y sus relaciones con los desórdenes de los impulsos, actuando como "chairman" John Frosch. Propuso Frosch, en primer término, para evitar confusiones en la terminología, usar la descripción de Fenichel, como punto de partida, en la discusión. Hoy en día, la palabra acting out es usada para describir la acción en lugar del recuerdo durante el tratamiento, o cualquier acción que tienda a modificaciones aloplásticas en lugar de auto-plásticas, o especialmente a actos con una preferencia u orientación antisocial. Frosch opinó que, hablando desde un punto de vista genético, los desórdenes de los impulsos contribuyen al fenómeno del acting out, pero que de ninguna manera son sinónimos.

El primer expositor, Joseph J. Michaels, en su trabajo "Trastornos del carácter y actuación por el impulso", insistió en la diferenciación entre el acting out y la actuación por impulsos. Esta última sería más primaria, más maligna y más próxima al modelo psicossomático que el acting out tradicional. Estaría más asociada al narcisismo y al proceso primario y es más generalizada que el acting out secundario que tiende a ser específico y localizado. Sin embargo, un continuum existe entre ambos. Agrega nociones de interés sobre las características de cada uno de ellos.

John Frosch presentó luego un trabajo sobre "Acting out y sus relaciones con los trastornos de los impulsos", tratando de delinear por medio de factores

genéticos y dinámicos una nosología de los trastornos de los impulsos. Los impulsos tienen en común: 1) ser ego sintónicos, 2) un componente placentero, 3) una distorsión mínima del impulso original, 4) un carácter o cualidad irresistible. Los divide en desórdenes sintomáticos y desórdenes del carácter.

Ralph R. Greenson discutió “Algunas consideraciones clínicas y teóricas sobre el acting out y los desórdenes de los impulsos”. Describió los desórdenes de los impulsos como fronterizos entre las neurosis de transferencia y las neurosis narcisistas. Comprenden perversiones, cleptomanía y, finalmente, el carácter impulsivo con una tendencia a buscar salida en actividades externas. Los síntomas principales son acciones irresistibles, placenteras, contrastando con las compulsiones que no son placenteras. La etiología estaría vinculada a traumas en los años tempranos de la vida como fue postulado por Fenichel y Greenacre. Distingue también una forma crónica y maligna en el “carácter acting out”: en ésta aparece la acción en lugar del pensamiento, oralidad, funciones defectuosas del Yo en lo referente a la memoria, un Superyo corruptible, etc.

Los pacientes con un acting out crónico están inclinados a confundir identificaciones con relaciones objetales. Tienen identidades fragmentadas y múltiples. Como el artista o el actor, también necesitan auditorio para reasegurarse y satisfacer su exhibicionismo.

John Frosch comenta que probablemente hay una correlación entre el acting out maligno descrito por Greenson y los desórdenes de los impulsos de su propia clasificación, y entre el acting out benigno de Greenson y las formas más evolucionadas que él mismo postula.

Lewis L. Robbins discute los puntos de vista de los autores anteriores, sintiéndose más de acuerdo con el concepto que con la terminología. Quizás sería más conveniente hablar de disturbios o trastornos del control de los impulsos y preguntarnos qué es lo que se está actuando. En general se acepta que es un recuerdo reprimido. Los trastornos en el control de los impulsos

reflejan funciones diferentes del Yo aunque tienen similitudes fenomenológicas. Estos disturbios se asemejan a los casos psicóticos o fronterizos, mientras que el acting out es más la reacción defensiva de un Yo maduro.

Hanna Fenichel presenta luego un trabajo sobre “Acting out, identificación y recuerdo”. Describe el acting out como una actividad organizada, una pantomima, una comunicación no verbal y preverbal de alguna parte de la experiencia pasada.

El papel de la relación madre-hijo fue examinado por Adelaide Johnson en “Algunos factores en la patogénesis del acting out”. Discute la conducta delictiva, las perversiones y la transferencia.

Rudolf Ekstein hace referencias relativas sobre todo al tratamiento del acting out. Enfatiza la ansiedad de separación como un factor importante en las frustraciones del pasado. En su trabajo “La función del acting out, acción de juego y acting de juego”, realizado conjuntamente con S. W. Friedman, se dirige al campo de la terapia de niños para explorar el significado del acting out

Mark Kanzer discutió el problema de “La sublimación y el acting out”, insistiendo en conceptos interesantes.

Finalmente, Jan Frank tuvo a su cargo el tema “Tratamiento de los disturbios del carácter acting out: consideraciones etiológicas”. Señaló el fondo individual psicológico y aun neurológico de estos trastornos, pero haciendo hincapié en su descripción en las fuerzas destructivas dentro de una cultura que clivan las figuras de autoridad, crean inseguridad e incrementan las fantasías imitativas.

Después de las presentaciones formales del “panel” se originó una discusión muy animada, en la que también intervinieron los relatores.

S. Acevedo de Mendilaharsu.

ALTMAN, León L.— Sobre la naturaleza oral del “acting out” (On the oral nature of acting out). “Journal of the American Psychoanal. Association”, vol. y, N9 4, 648, 1957.

El autor sostiene la tesis de una estrecha vinculación entre el acting out y las pulsiones orales. Señala entre las cualidades esenciales de la oralidad, el apremio y la incapacidad de obtener satisfacción de sustitutos. Tampoco el acting out permite sustituto para la inmediata ratificación en la acción. Esta insaciabilidad de las exigencias orales contribuye a reforzar las etapas posteriores del desarrollo libidinal y persiste bajo la forma de acting out de los impulsos asociados con aquélla. Dirigirse hacia los objetos externos para una acción inmediata, fue al principio una actividad oral ligada a la alimentación. Pero estímulos excesivos, lo mismo que la falta de frustraciones apropiadas de las necesidades orales, contribuirán al acting out de otras pulsiones y en otros niveles, todo lo cual redundará en perjuicio de la maduración del Yo llevando al deterioro de sus funciones. “El principio del placer desplaza toda consideración de la realidad”.

A propósito de un caso clínico, el autor muestra cómo los apremios instintivos que llevan al acting out se refuerzan cuando coinciden y encuentran eco en otro: en el caso en cuestión, entre el hijo y la madre.

En el tratamiento analítico, el actuar afuera se transforma en un actuar adentro, en el análisis. Al principio, el diálogo y las palabras no eran alimento suficiente para aplacar su hambre. El objeto del “acting”, como la alimentación, es necesariamente el análisis y la transferencia.

Rodolfo Agorio.

KANZER, Mark.— Acting out, sublimación y testimonio de la realidad (Acting out, Sublimation and Reality Testing). “Journal of the American Psychoanal. Association”, vol. V, 663, 1957.

El autor estima que el acting out y la sublimación son dos tipos de reacciones con rasgos comunes y contrastantes. Ambos están arraigados en diversas modalidades del testimonio de la realidad que reflejan el éxito o el fracaso de los procesos secundarios en las diferentes etapas del desarrollo, para tomar ascendencia sobre los procesos primarios.

El acting out tiene su modelo en la fase temprana, en la cual la descarga motora directa tenía como propósito el control inmediato del objeto como un método de alcanzar la realidad: la sublimación aparece en etapas posteriores del desarrollo, en las que la intelectualización y la formación de símbolos pone barreras al control motor de los objetos.

Agrega que fallas en la identificación predisponen al acting out, mientras que una identificación exitosa refuerza las tendencias sublimatorias.

La sublimación cubre una amplia gama de procesos, desde los más simples a los más complejos: “desde la danza primitiva a las abstrusas simbolizaciones del matemático”.

Por último, la sublimación significa un estatus libre de conflictos capaz de promover el trabajo productivo, etapa final del testimonio de la realidad. Aspectos regresivos de la sublimación, la sumergen en el acting out.

Rodolfo Agorio.

ZELIGS MEYERS, A.— Acting in. Una contribución al significado de algunas actitudes posturales observadas durante el análisis (A contribution to the meaning of some postural attitudes observed during analysis). “Journal of the American Psychoanal. Association”, vol, V, N9 4, 685, 1957.

El autor introduce el término de “acting in” para señalar aquellos tipos de actividad postural que responden a situaciones conflictuales de los pacientes y que éstos son incapaces de explicitar verbalmente.

Estas actitudes corporales, al igual que otros actos sintomáticos, pueden ser cuidadosamente analizadas y gracias a su interpretación, es posible establecer con el terapeuta una comunicación rica en contenidos significativos en una situación analítica que por un prolongado tiempo “estuvo caracterizada por frecuentes períodos de silencio, dificultad en recordar, verbalización restringida y una pauta postural repetitiva”.

Considerado en términos de funciones del Yo, el autor considera que hay una relación entre la actividad postural, acting out y pensamiento (verbalización y recuerdo) dentro del marco del proceso terapéutico. Piensa que el “acting in” es una fase intermedia en una continuidad genética que va del acting out, sin verbalización ni recuerdos, a la verbalización y recuerdo sin acción. Enumera finalmente algunas características esenciales del fenómeno estudiado. El acting in es un compromiso entre los impulsos del Ello y las defensas del Yo. Es acting in porque tiene lugar dentro del análisis y aunque signifique actuar y no recordar, ni verbalizar, está más cerca sin embargo, de la simbolización (expresión verbal), y de ahí que pueda ser más fácilmente elaborado analíticamente que el “acting out”. Además, esta relación entre pensamiento y acción puede expresarse en términos de los procesos primarios y secundarios; el “acting out” está más cerca de los primeros (por el predominio del Ello sobre el Yo), la verbalización más ligada a los segundos (por la predominancia del Yo

sobre el Ello) y las actitudes posturales se ubican entre aquellos dos. Aclara que el uso de la acción en lugar del pensar no significa siempre una regresión del Yo, puesto que el actuar puede ser la resultante' de algo larga y exitosamente meditado. "Debemos tener presente las básicas diferencias entre acting out, que es un proceso defensivo inconsciente que reproduce un conflicto del pasado en lugar de recordarlo, y la acción, que es la situación consciente de una situación conflictual".

Por último, señala el autor que posteriormente a la interpretación y elaboración de las defensas posturales, puede entrar en juego otro tipo defensivo del Yo: la conversión histérica, como si el Yo oscilara entre recursos posturales o motores primitivos y la formación de síntomas altamente organizados como la conversión somática. Los síntomas históricos están más cerca del pensamiento orientado hacia la realidad y las relaciones objetales, que la ciega actividad postural repetitiva

Rodolfo Agorio.

BRIAN, Bird.— Una peculiaridad específica de acting out. "Journal of the American Psychoanal. Association", vol, V, N° 4, 1957.

En este trabajo el autor se ocupa de una peculiaridad específica de acting out, descrita claramente por Johnson y Szurek, de la siguiente manera: "El acting out en un niño, es inconscientemente iniciado, protegido y justificado por los padres, quienes a través de él, también inconscientemente logran la gratificación de sus propios impulsos prohibidos".

Señala que esta tesis, que cree aplicable al acting out en general, tiene varias implicaciones. El primer punto es que el acting out, aunque personalmente motivado, es también una respuesta directa, por medio de la acción, estimulada

por otra persona. Un segundo punto, similar al primero, pero no exactamente el mismo, es que la persona actuadora, por medio de su comportamiento tiende a agradar o a influir a otra persona. Una tercera característica es que la influencia que se extiende de una persona a otra en la situación de acting out, es inconsciente y que muchas formas de comunicación no verbal participan de esta influencia. Existen muchos ejemplos que fundamentan lo expuesto. Agrega más adelante que el paciente actuador, no puede confinar sus conflictos dentro de él, sino que los externaliza. Esto significa, teóricamente, que ha fracasado en el establecimiento de una estructura interna que lo capacite para controlar sus propios impulsos.

Muestra, por otra parte, las dificultades que el acting out presenta en el psicoanálisis de pacientes psicopáticos y delincuentes. Ha encontrado que esta clase de enfermos son capaces solamente de un tipo de relación infantil, narcisista, en la que se sienten una parte del analista. Esto únicamente puede ser reemplazado por una relación de objeto más evolucionada, si se realiza un consistente análisis de la defensa narcisista. Debe tenerse muy en cuenta que alguna interpretación que amenace el narcisismo del paciente, puede precipitar episodios de acting out. Las reacciones contratransferenciales son de mayor importancia en el tratamiento de estos pacientes que en el de los psiconeuróticos. El analista debe aceptar de alguna manera todas las seducciones que el paciente le ofrezca, pero por supuesto no debe actuarlas. Es necesario que lo apoye en cada intento que el paciente realice para luchar internamente contra sus impulsos. Si este trabajo analítico preliminar tiene éxito, el paciente estará gradualmente cada vez más capacitado para internalizar sus problemas. Cuando este cambio se instale realmente, estará preparado para una transferencia neurótica y podrá ser analizado con los procedimientos analíticos comunes.

Aída Aurora Fernández.

