

El envejecimiento como un síntoma transitorio*

HECTOR GARBARINO

MONTEVIDEO

Quiero referirme en este trabajo a la situación particular de un paciente que durante un corto período de su tratamiento se presentó con la apariencia de una vieja. Mostraré la relación que tenía su envejecimiento con la situación total vivida por él en ese momento y su conexión con la situación infantil.

Llevaba ya varios años de tratamiento, cuando una situación externa determinó un incremento considerable de sus ansiedades persecutorias y depresivas. Como su envejecimiento fue una defensa contra las ansiedades que se movilizaron frente a este acontecimiento, voy a referirme primeramente a él, luego de presentar sumariamente a nuestro enfermo.

Luis es un hombre próximo a los cuarenta años, de buena presencia física, muy apuesto, y aparentemente más joven de lo que es en realidad. Su ocupación es la enseñanza, ejerciendo el cargo de maestro en una institución de la capital. Por factores que no es del caso tratar ahora, dejó de dar exámenes y no obtuvo su título. Sus superiores lo instaron a recibirse, y le advirtieron que en caso de no hacerlo sería trasladado a una ciudad del interior. A pesar de esto, Luis no se recibió y se vio obligado efectivamente a cumplir la disposición.

Esta situación de traslado, que fue el acontecimiento externo desencadenante de su envejecimiento, fue muy traumática y por motivos muy diversos. Por un lado, se sintió impotente como maestro. La sanción significó para él extenderle un certificado de incapacidad, y esto lo vivió también en el plano sexual. Tuvo un sueño en que se encontraba casado con una maestra

* Trabajo presentado en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, el 16 de diciembre de 1957.

titulada, lo que equivalía a recibir de ella, a la vez, el título y la potencia.

Por otro lado, existía otra situación que lo preocupaba mucho y era la siguiente: en Montevideo tenía a su cargo un grupo de niños y en cambio, en la ciudad a la cual sería destinado tendría un grupo de adultos. En Montevideo, donde trataba con niños, no tenía mayores problemas. Como lo demostró el análisis, en su relación con ellos, estaba identificado con su madre. Esta había sido una mujer de carácter enérgico y dominante, que había educado numerosos hijos y que además había desempeñado con éxito la profesión de maestra. En virtud de su identificación con ella, sintiéndose madre y maestra de sus niños, Luis ejercía su profesión sin mayores dificultades, sintiéndose capaz y dominando su oficio.

Una situación muy distinta se le presentaba en el interior, donde debía tener bajo su dirección alumnos adultos. Además del sentimiento que ya hemos visto, de que el traslado significaba para él una declaración de insuficiencia —lo que estaba en abierta contradicción con el desempeño de su tarea, que era calificado de excelente—, se sumaba todavía el tener que tratar con adultos, lo que despertaba en él fuertes ansiedades paranoides.

Esta posición frente a sus alumnos adultos estaba en estrecha conexión con su situación infantil en relación a sus hermanos. Luis es el menor de ocho hermanos, cinco varones y tres mujeres. Sus cuatro hermanos varones son profesionales, y algunos de ellos han desempeñado puestos importantes en altas esferas del gobierno. La madre estaba orgullosa de sus hermanos, en cambio él sintió que no podía ganarse, como ellos, la admiración de la madre; lo que determinó que odiara a sus hermanos, rehusara toda competencia y fuese excepcional en la enfermedad. Por lo menos, como enfermo, monopolizaba la atención y los cuidados de su madre. La rivalidad y envidia con los hermanos ha sido tan intensa, tan llena de odio y miedo, que lo han hecho fracasar en su

carrera, a pesar de estar muy bien dotado intelectualmente.

En su relación con los niños evitaba la rivalidad y era admirado y respetado. Por el contrario, con los adultos, a pesar de que éstos iban a ser sus alumnos, se imaginaba en difíciles competencias, donde podía ser derrotado y menospreciado. Esta posibilidad originaba en él sentimientos de odio muy intensos y, como consecuencia, un miedo incontrolable a sus alumnos.

Creo que esta ansiedad paranoide fue el motivo principal aunque evidentemente no el único —y más adelante veremos otros motivos—, para que nuestro enfermo hiciese una identificación con su madre vieja y envejeciera.

Su presentación cambió radicalmente. Era difícil reconocer en él al hombre lleno de vitalidad y vigor, que imponía por su prestancia física. Perdió su postura erecta y rígida, y sus movimientos se hicieron menos enérgicos. Pero lo más notable fue el cambio de su fisonomía. Su mirada no tenía ya el brillo y la dureza que la caracterizaban, volviéndose mucho más suave y con un dejo de tristeza que hacía aún mayor el contraste. Pero lo que contribuyó más a este cambio, fue que el enfermo se hizo extraer casi todos sus dientes precisamente en este momento de su análisis. Contrariamente a lo que es de suponer, no mostró ninguna prisa por reponerlos. Desdentado, apretando los maxilares, sacando la lengua con frecuencia, y con movimientos intermitentes de la mandíbula inferior, la impresión de vejez era sorprendente. Sus compañeros de trabajo, con toda justicia, le llamaban “la vieja”.

Al analizar este cambio, el enfermo lo consideró como “la simulación en la lucha por la vida”. Constituía evidentemente una defensa frente a la nueva situación que él imaginaba sumamente peligrosa. Ser vieja significaba para él, en primer lugar, ser la madre de sus alumnos adultos, y de este modo lograr un control sobre ellos. Era la manera de evitar la competencia, que pusiesen al

descubierto su supuesta falta de conocimientos y le hiciesen reaccionar con violencia; en una palabra, significaba evitar la provocación y la muerte. En este período de su análisis, Luis asociaba con frecuencia con incidentes que terminaban en la muerte.

En la relación transferencial, se sentía perseguido por mí y él, a su vez, me perseguía con su vejez. Se vio en sus asociaciones que era una manera de exigirme y evitar que yo le exigiese; significaba permanecer ajeno a mí e insensible a mis interpretaciones, convertirse en una vieja lamentable sobre la cual nada pudiera yo hacer. De esta manera me hacía hacer el papel de su madre, sometiéndome a la misma frustración, haciéndome rabiar y sufrir, en su fantasía, al no hacer carrera y progresar. Durante el largo transcurso de su análisis, fueron varias las veces que pareció realmente querer progresar, pero indefectiblemente me defraudaba después. (¹)

Ser “la vieja” tenía también un significado homosexual. Se sentía formando pareja conmigo, siendo mi mujer y viviendo a mi sombra. Se comparaba a la Luna en eclipse, cubierta por el Sol. La idea de preparar un examen de pedagogía le recordaba a mi mujer, que fue estudiante de magisterio, y se sentía identificado con ella. Esta feminización la vivía también fuera de la transferencia; por ejemplo, cuando practicaba deportes, solía sorprenderse en actitudes femeninas. Como en la ciudad a la cual sería trasladado, debía tener a su cargo un grupo de hombres, temía sufrir provocaciones homosexuales. Esta idea lo angustiaba mucho. Comenzó a preocuparle ser soltero y que no se le conociese relación con mujeres. Este es otro sentido del sueño en que se veía casado con una maestra, y, de este modo, protegido contra la homosexualidad.

¹ Esta actitud tenía su raíz profunda infantil. Luis había sido amamantado, no por su madre, sino por su nodriza, por carecer su madre de leche. Sin embargo, Luis recuerda, entre sus vivencias infantiles más lejanas, cómo solía correr hasta su madre, y pedirle que le diera el pecho, a lo que su madre siempre accedía. Entonces él succionaba el pezón, aunque no podía sacar una gota de leche. Continuó con esta costumbre hasta el tercer o cuarto año de vida. En su relación conmigo, estaba identificado con este pecho estéril, haciéndome vivir a mí la misma situación que él vivió en relación al pecho de su madre. Nada iba a conseguir de él.

Vimos entonces que su apariencia de vieja, si por un lado expresaba su feminización, por otro significaba al mismo tiempo evitar la homosexualidad, precisamente por su condición de mujer vieja.

Pero Luis no sólo era “la vieja”, sino también “el bebé”. Desdentado, era el bebé omnipotente, que manejaría a voluntad a sus alumnos y nada podría temer. En la transferencia, era un intento del paciente de despertar en su analista sentimientos maternos que lo amparasen de un modo omnipotente. Así esperaba que yo le resolviera todas las dificultades, interviniendo de un modo directo para solucionarlas; por ejemplo, imaginaba que yo usaría influencias para evitar que lo trasladasen. Cuando veía que nada de esto sucedía, quedaba profundamente defraudado.

Se vio también que la pérdida de los niños fue vivida como una frustración en el nivel oral, y la extracción de los dientes —dramatización de la pérdida de los niños—, como un castigo a su voracidad oral. ⁽¹⁾

Nos falta considerar ahora las ansiedades de carácter depresivo que determinaron, junto con las ansiedades paranoides, el “envejecimiento” de nuestro enfermo. Luis no era únicamente una vieja, sino fundamentalmente una vieja triste. Su relación con su madre había sido muy difícil, buscando siempre mortificarla, hasta que un día la madre lo echó de la casa. Luis pasó a vivir a una pensión y dejó de ver a su madre, y sólo a instancias de los hermanos reanudó su relación con ella. La muerte de la madre, ocurrida hace algunos años, no fue seguida de un duelo normal. Luis no aceptó nunca, enteramente, la muerte de su madre, y solía a menudo referirse a ella como si aún continuase viva. Al identificarse ahora con ella, expresaba su culpa por haberla destruido. Esta situación se evidenció claramente en sus asociaciones y en el siguiente

¹ Algunos meses después, Luis abandonó su postura de bebé y tomó una actitud resuelta y activa en la vida. Se operó un cambio considerable en él, comenzó a preparar y rendir exámenes y ya no cifraba todas sus esperanzas en la fortuna que podría depararle el juego 110 que significaba para él ser alimentado por un pecho idealizado). En una sesión en que le interpreté esta situación y su vivencia del examen que estaba preparando como de un nacimiento, expresó la siguiente fantasía: “tengo una protuberancia dolorosa en la encía y pensé si me saldría un diente, sería la tercera dentición”.

sueño: “me sacaba un barrito del labio superior, pero después veía que era un gusano y lo tiraba a un pozo”. En la sesión en que contó este sueño estaba muy deprimido y asoció que días después se cumplía un nuevo aniversario de la muerte de su madre y que el día anterior había estado repitiéndose, como para convencerse, que realmente su madre estaba muerta. Se le interpretó que su tristeza era el sentimiento de llevar dentro su madre muerta y agusanada. En seguida sintió un malestar, escalofríos y deseos de defecar, y pidió para retirarse. Necesitaba expulsar el objeto interno dañado.

La situación de culpa por la muerte de la madre —y también del padre y los hermanos que no nacieron—, aparece igualmente en este otro sueño: “Recorría lugares familiares mirando dónde plantar árboles, de pronto veía a mi madre que subía a un auto en marcha.

Tuve la intención de seguirla en otro auto, pero no lo hice. Mamá se mataba en un precipicio. Yo me tiré al suelo llorando y diciendo que no bastaba con lo que ya tenía, (los o tres muertes familiares

Por último, envejecer tenía por finalidad el manejo omnipotente del tiempo. Sentir que pasaba el tiempo y que la vejez estaba cada vez más próxima, preocupaba mucho a Luis. Repetía sus deseos de detener el tiempo. Envejecer a voluntad para rejuvenecer después era realizar activamente lo que en definitiva debía sufrir pasivamente. (1)

El análisis de estas ansiedades paranoides y depresivas permitió a Luis dejar de ser “la vieja” y volver a ser el hombre joven y apuesto que había sido hasta entonces.

¹ En la discusión de este trabajo, el Profesor “Willy Baranger señaló que sería de interés investigar si en los casos de envejecimiento fisiológico no intervienen similares mecanismos. Nos parece muy interesante esta observación.

RESUMEN

El envejecimiento como un síntoma transitorio

Se relata la situación de un paciente, de 39 años de edad, que durante algunos meses de tratamiento se presentó con la apariencia de una vieja. Durante ese período, su presentación física cambió radicalmente, no recordando en nada al hombre juvenil y lleno de vigor que había sido hasta entonces. No sólo se mostró muy envejecido en su actitud general, sino que el cambio más notable fue en su fisonomía, ya que se hizo extraer todos sus dientes, y apretaba los maxilares y sacaba la lengua, como hacen los viejos.

El análisis demostró que “el envejecimiento” constituyó una identificación proyectiva con su madre vieja, como defensa frente al incremento considerable de sus ansiedades paranoides, incremento producido por el impacto que provocó en el paciente una situación externa; Se describen estas ansiedades en relación al conflicto actual del paciente, así como con relación a la transferencia y a algunos dinamismos infantiles. Se muestra la doble significación de “vieja” y “bebé” que tenía el síntoma.

Finalmente se describen las ansiedades depresivas que también contribuyeron a darle su aspecto de vieja triste, por identificación introyectiva con su madre muerta, identificación que fue el resultado de la culpa del enfermo con respecto a su madre, por su fantasía de haberla destruido.

SUMMARY

Aging as a transitory symptom

The situation of a male patient, aged thirty nine, is reported. During a number of months of the treatment, this patient had the appearance of an old woman. Throughout this period, his physic aspect changed radically; he resembled no longer the vigorous young man he had been till then. Not only did he looked old in his manner, but the most remarkable change could be noticed on his face. He had made his teeth to be extracted; he clenched his jaws and lolled his tongue out of his mouth, as old people do.

The analysis showed that “aging” constituted a projective identification with his old mother, as a defense against a considerable increase of his paranoid anxieties; increase caused by the impact of an external situation. Those anxieties are described in connection with the present conflict of the patient, and with the transference and some infantile dynamism. The double meaning of “old” and “baby” of the symptom is pointed out.

Finally the depressive anxieties are described. They account for the patient’s aspect of an old sad woman by introjective identification with his dead mother; this identification was the result of his guilt towards his mother, owing to the phantasy of his having destroyed her.

La posición depresiva en el análisis
de un niño²

MERCEDES F. DE GARBARINO

MONTEVIDEO

Me propongo demostrar cómo se repite en el tratamiento psicoanalítico el proceso del desarrollo emocional del niño. Se podrá ver sobre todo, en el material que presento, cómo un niño no podía superar su posición depresiva, cómo regresó a la fase esquizo - paranoide y utilizó las defensas características de esta fase y el mecanismo mediante el cual fue capaz de abandonarlas.

El estudio de la fase depresiva como fenómeno normal de la evolución del ser, realizado por la escuela inglesa, tiene como punto de partida el importante estudio que sobre el duelo y la melancolía hizo Freud en 1913. (3)

Freud explica ambos estados (duelo y melancolía), como el resultado de la introyección e identificación con el objeto, mecanismos que fueron descritos anteriormente por Ferenczi (4) y que luego fueron también elaborados por Abraham en varios de sus trabajos.

Es de interés destacar que para Freud, tiene más importancia la forma como se distribuye la carga libidinosa en el proceso del duelo. Mientras que Melanie

² Trabajo leído en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay el 16 de diciembre de 1957.

³ Aflicción y Melancolía. T. IX de las Obras Completas.

⁴ "Introyección y Transferencia". Jahrbuch für Psychoanalyse, 1909.

Klein, si bien retorna las ideas de Ferenczi, Abraham y Freud, las amplía y desarrolla describiendo el objeto introyectado y llega a la conclusión de que es un cambio global del psiquismo lo que conduce a la fase depresiva, teniendo para ella menos importancia la economía de la libido.

Melanie Klein tomó una línea de pensamiento de Freud, que él no desarrolló, en lo que se refiere a la formación del super - yo.

En “El malestar en la cultura”, Freud sostiene que la severidad del super - yo no depende de la severidad de los padres reales, sino de la intensidad de las tendencias agresivas del sujeto. (5)

Melanie Klein recalca en toda su obra la importancia del estudio de las tendencias destructivas. En el análisis de la transferencia también retorna una idea de Freud y la desarrolla: la necesidad de interpretar intensamente la transferencia negativa. En las primeras relaciones de objeto descubre la proyección de las tendencias libidinosas y destructivas desde el primer momento, y cómo esta división inicial de las tendencias conduce a una división en el objeto (en bueno y malo) y como consecuencia en el yo. Esta división junto con los mecanismos de omnipotencia, negación e idealización constituyen las defensas en la primera fase del desarrollo: la fase esquizo-paranoide, de la que el niño sale cuando es capaz de tener una imagen global de los objetos y entra en lo que vi. Klein llamó la fase depresiva. En la primera fase hay un incremento de la ansiedad paranoide y sus defensas y en la segunda, de la ansiedad depresiva.

Según Freud, frente a la pérdida del objeto amado el sujeto se defiende introyectándolo y haciendo una identificación con el objeto perdido en el yo. En esta forma la carga libidínosa se vuelca en el propio yo, produciéndose una

⁵ “... la primitiva severidad del super-yo no es — o no es en tal medida — la que el objeto nos ha hecho sentir o la que le atribuimos, sino que corresponde más a nuestra propia agresión contra el objeto.” S. Freud. “El malestar en la cultura”. T. XIX de sus obras completas.

regresión narcisista. La superación de este estado es debida a que el objeto es asimilado por el yo, dejando libre la libido que podrá dirigirse a un nuevo objeto, siguiendo así la evolución que Freud describió como narcisismo primario y luego relación con el objeto.

La escuela kleiniana explica la fase depresiva como consecuencia de la superación de la fase anterior (esquizo-paranoide).

Durante los primeros cuatro meses de vida, el niño introyecta la imagen de la madre de un modo parcial y como objeto totalmente bueno (pecho bueno) o totalmente malo (pecho malo), según lo gratifique o lo frustre y según proyecte en ellos las tendencias libidinosas o destructivas. Necesita el niño dividir sus objetos, sus sentimientos y su yo, para defenderlo y defenderse de su propia agresión.

Alrededor de los cuatro meses de vida se produce un cambio muy importante en la vida emocional e intelectual del niño. Hay un mayor contacto con la realidad externa, una mayor integración del yo y un progreso en la organización sexual. Todo esto es consecuencia de la entrada en la fase depresiva, si bien es necesaria cierta integración del yo, como precondition para producirse esta fase.

Se produce en su mundo interno la unión de sus objetos, bueno y malo; comprueba que ambas imágenes pertenecen a la misma persona. Siente en este momento que ataca y destruye a su objeto total, externo e interno. Esta vivencia trae como consecuencia una gran angustia y culpa. Siente el niño necesidad de defenderse de tal situación, pudiendo tomar dos caminos. Si en la fase anterior la asimilación del objeto bueno se ha realizado con éxito, siente que puede reparar el daño que su odio produce y disminuir así su angustia de muerte; por consiguiente su agresión es sentida menos peligrosa. Es una defensa progresiva

que determina la superación de la fase esquizo-paranoide; vivir la depresión por la unión del objeto bueno y malo, realizándose así la evolución normal de la vida mental. Pero puede suceder que este mecanismo falle, porque vive que su agresión es muy intensa, y teme que el objeto bueno sea destruido; por lo tanto no puede unirlos. Frente a tal emergencia, recurre a defensas regresivas: disociación, y secundariamente, idealización, negación, omnipotencia, etc., es decir las utilizadas en la fase esquizoparanoide. La relación objetal se hace así predominantemente persecutoria.

En la labor analítica se repiten estas relaciones de objeto, ya estructuradas anteriormente, y se expresan en la transferencia. A través de esta última realizamos una de las funciones del análisis, que consiste en modificar estas relaciones.

En el caso que voy a presentar a continuación vemos cómo un niño fue capaz de solucionar su fase esquizo - paranoide a medida que fue modificando sus relaciones de *objeto* internas y paralelamente las externas.

DATOS BIOGRÁFICOS

Cuando N. tenía 7 años, su madre nos consultó llevándolo a una clínica gratuita, porque desde hacía unos meses se mostraba muy agresivo y mentiroso con sus familiares; en especial con ella. Tenía además serios problemas de disciplina en la escuela, problemas que determinaron su expulsión de varios establecimientos educacionales. Cuando lo ví concurría a una escuela diferencial.

N. era un niño delgado, con ojos brillantes, de mirada inteligente y ansiosa. Tenía una actitud temerosa y evidenciaba buen contacto.

Según el relato de la madre, su desarrollo fue normal en todo, exceptuando

el lenguaje, con el que tuvo dificultades.

La madre dice que fue un hijo deseado. Sin embargo el embarazo fue malo, tenía temores (injustificados) de abortar, *motivo por el cual hizo reposo. EJ parto fue normal.*

Desde el día en que nació, la madre sintió y expresó un marcado rechazo por el niño. Cuando nos dice que no lo quiere, se justifica diciendo que el chico es blanco y de pequeño era muy rubio. Nos cuenta que siempre ha sentido un marcado rechazo por las personas rubias, piensa que es su reacción por considerarse ella muy morocha. El rechazo que la madre sentía por N. se expresaba por ejemplo en el hecho de que mientras le daba el pecho colocaba entre ella y el niño una almohada, porque “el calor le podía hacer mal”.

Aparentemente N. no tuvo dificultades en la succión Y fue amamantado hasta los 9 meses; el destete fue progresivo. Aceptó La alimentación mixta, incluyendo sólidos, con aparente facilidad, pero hubo que darle el alimento en la boca hasta la edad de 5 años. En una ocasión por ejemplo, pasó cinco días sin comer porque la madre se negó a dárselo.

El aprendizaje del control de esfínteres se inició muy tempranamente, a los
5 meses.

Se logró el diurno a los 3 años y el nocturno a los 5 años. (6)

Su sueño era tranquilo y nunca durmió en el dormitorio de los padres.

Al iniciar el tratamiento tenía dos hermanos menores: una niña de dos años y medio y un varón de un año. Posteriormente la madre adoptó dos mellizas.

N. fue un lactante tranquilo, “demasiado bueno”, “demasiado quieto”. (7)

⁶ Es un hecho aceptado que el control temprano es fuente de trastornos futuros.

⁷ Este tipo de lactante es considerado hoy como patológico.

Más adelante surgieron algunos trastornos evidentes, por ejemplo: a los 3 años sentía un marcado temor por los marcos de las puertas que eran de color oscuro; se agachaba al pasarlos. Este síntoma desapareció a los 4 años y comenzó a sentir una atracción inexplicable por el color negro y las personas de color.

La madre me refirió episodios de exhibicionismo y juegos sexuales de N. con sus hermanos. Lo describió como un niño sugestionable y asustadizo. Su actitud con ella era ambivalente: era sumamente desobediente y con arranques violentos, pero, por otro lado le elogiaba su físico, se mostraba cariñoso y manifestaba celos de sus hermanos en relación con ella. Sus dificultades se expresaban por ejemplo en que, si bien jugaba con la hermana, cuando peleaban no reaccionaba bien, se ponía a llorar, no se defendía. Esta era su actitud también con los otros niños.

En cuanto a la actividad lúdica, el nivel era bueno.

Cuando lo vi por primera vez, cursaba el primer año escolar por segunda vez y su rendimiento era pobre.

La madre me impresionó como una persona muy neurótica, de fácil emotividad, que teatralizaba y fantaseaba mucho de las cosas que decía. Debido a que trabajaba fuera de su casa los chicos quedaban durante cuatro o cinco horas al día a cargo de una sirvienta.

El padre se preocupaba bastante por sus hijos. Pertenecía a una “familia muy neurótica”, según expresión de la madre. Tenía una hermana esquizofrénica. Había sido muy sometido a su madre y hermanas y luego a su esposa, figura dominante en el hogar.

En resumen se trataba de un niño que presentaba como síntomas actuales dificultades de aprendizaje y de contacto con el mundo externo. Durante el análisis se hizo evidente que su problema en determinado momento era su incapacidad reparatoria. Era esta incapacidad la que había producido su retraso

en el lenguaje y su inhibición en el aprendizaje. La situación de persecución que estaba viviendo fue expresada desde muy temprano, en su temor a los marcos de las puertas, en su indisciplina escolar, en su actitud agresiva y el rechazo recíproco entre madre e hijo. Esto nos explicaría también el evidente estado de angustia del chico y el inmediato contacto que estableció conmigo, es decir, la necesidad de crearse una imagen buena para aliviarse de su angustia persecutoria.

FASE ESQUIZO PARANOIDE

Cuando N. inició su tratamiento en la clínica gratuita hizo 20 sesiones de juego. Expresó en ellas con mucha claridad sus ansiedades paranoides, en relación a una madre perseguidora, haciéndose evidente también su intensa agresión hacia ella. Vivió muy intensamente en la transferencia estas ansiedades y su forma de relación con la madre. Se hizo evidente su deseo de ser negro para obtener el amor de su madre. (⁸).

Pienso que el hecho de estar yo embarazada en esa época puso en evidencia conflictos que tuvo con su madre, cuando nacieron sus hermanos. Es por esto que expresó muy tempranamente, el deseo de ser mi hijo y estar dentro mío.

Este tratamiento se interrumpió porque yo me retiré de la clínica y fue retomado particularmente al cabo de 2 años. Cuando lo volví a ver, N. estaba diferente. La expresión ansiosa había desaparecido. Estaba más gordo, se movía con movimientos lentos, pesados, me impresionó como embotado. La madre me refirió alarmada que lo notaba últimamente algo femenino.

⁸ En la relación madre-hijo, ella desplazó al color rubio su rechazo del hijo y él utilizó ese símbolo en la búsqueda de su madre.

La constelación familiar estaba modificada por la adopción de las mellizas. N. sintió muchos celos de ellas y descargaba una enorme agresión, que secundariamente aumentaba sus conflictos.

Asistía en ese momento a una escuela religiosa, cursaba segundo año sin mayores dificultades disciplinarias, pero sí de aprendizaje.

Apareció ya en la primera sesión su necesidad de *yerme* buena, como defensa contra la imagen que había creado en él mi abandono, y que se sumó a sus conflictos internos. Esta vivencia se reforzó cuando percibió que, como en el primer tratamiento, estaba yo embarazada. Se hizo evidente su ansiedad por su incapacidad de reparar, por no poder arreglar las cosas que destruía, ni tampoco poner límites a su sadismo. No podía reparar a causa del predominio de las ansiedades paranoides; tenía que dividir. Por ejemplo, si en la transferencia me vivía como idealizada, era para contrarrestar la persecución que sentía del medio externo, en especial de la madre. Pero no podía sentirme como buena y mala al mismo tiempo, al igual que con los otros objetos.

Cuando el niño vence suficientemente sus ansiedades persecutorias — siendo esto un índice de que su capacidad de amor ha contrarrestado suficientemente sus tendencias destructivas— tiene una actitud diferente frente a los objetos: puede preservarlos o puede repararlos; al mismo tiempo sus tendencias destructivas son menos peligrosas.

Durante los primeros meses del análisis, la situación esquizoparanoide fue en aumento; colocó entonces la persecución en las religiosas de la escuela y la bondad en mí. Durante las sesiones hablaba del castigo de Dios, y que este castigo sería ejecutado a través de sus maestras. Las dibujaba de tamaños enormes en comparación con los niños que colocaba al lado. Hacía estos dibujos en negro y con caras terribles. Estas figuras super-yoicas terroríficas traducían también la necesidad de un poderoso control de sus instintos dado que a mí me vivía muy permisiva. (Ver el dibujo).

En una sesión dibujó un ómnibus y luego el escudo uruguayo, con lápices

de colores. Al dibujar la vaca, me dice: “mi hermanita dice que a la vaca no hay que hacerle el “pipí”, la vaca tiene tetas”, y se las dibuja. Al interpretarle la necesidad de colocar su curiosidad sexual en su hermana, por temor a enfrentarla directamente dentro de sí, interrumpe el dibujo y en otra hoja dibuja una religiosa en color negro, al lado pone unos niños de un tamaño diez veces menor que la religiosa. Mientras dibujo esto, se desconecta totalmente de mí, lo veo como ausente. Dibuja sin hacer comentarios y sin levantar los ojos del dibujo.

Es evidente que me quiere decir que él desea y siente que debe enfrentarse con cosas sexuales, pero siente dentro de sí un objeto prohibidor que él vive en forma agobiante.

FASE DEPRESIVA

Cuando estaba próximo el nacimiento de mi chico, entró en un estado depresivo. Realizó una serie de sesiones con contenido muy similar. Jugaba a llevar y traer niños de escuela en ómnibus. Los llevaba desde la escuela hasta sus casas, las que había hecho con plasticina. Se vio que las casas representaban el análisis, el protegido y cuidado, mientras que un piano de juguete, sobre el que colocaba a los chicos sin ningún amparo ni techo representaba el colegio y su situación interna en él. (9) En este juego estaba siempre presente otro ómnibus; el 203. Este intervenía muy poco, y cuando lo hacía, marchaba y se inclinaba. Esto fue interpretado como su deseo de traer a las sesiones sus vivencias de la escuela y la sensación de mi poca actuación (el 203) porque estaba muy llena, muy ocupada (el ómnibus se inclinaba cuando quería mar-

⁹ El hacer el colegio sin techo era también expresión de sus dificultades de aprendizaje. Arminda A. de Pichon Rivière (El juego de construir casas. Rey, de Psicoanálisis, Buenos Aires, T. VII, N. 8) dice: “La construcción del techo permite diagnosticar las inhibiciones de aprendizaje, pudiéndose diferenciar a través de la construcción cuáles son los conflictos neuróticos determinantes”

char). Pienso que el elegir el N° 203 estaba también en relación con mi embarazo, dado que fueron mi segundo y tercer embarazo los que se sucedieron durante sus tratamientos.

N. sentía mucha envidia por mi chico, dado que él estaba recibiendo todo lo que deseaba para sí. Esta envidia despertaba su agresión hacia el niño pero no podía atacarlo, porque era atacarme a mí, y yo era su imagen buena. Es decir, que dirigió a mí no sólo su amor como antes, sino también su odio por tener el chico dentro, uniendo en esta forma a mi imagen bondadosa, la imagen mala de las religiosas que lo frustraban. Este acontecimiento se expresó en el juego cuando N. deshizo las casas y usó la plasticina para agrandar el colegio.

Para seguir teniendo todo lo bueno mío ubicado en este momento en mi hijo, me introyecta, uniendo dentro de él, el objeto, bueno y malo, lo que desencadenó su posición depresiva.

Esta depresión se mostró más clara en otra sesión; mientras preparaba los juguetes para realizar el juego descrito, me dice:

“Papá fue a buscar las placas de mi hermanita, pobre Ud. sabe?, la sirvienta le quita todo para hacerla llorar, no considera que es una recién operada, una enferma, pobre chiquilina, y no pregunta ni cómo está, yo le doy todos los juguetes y la acompaño”. Realiza el juego de llevar y traer los niños, haciendo durante esta sesión el mismo comentario: “ni pregunta cómo está”.

La sirvienta soy yo, que no me ocupo de él, no considero que es un enfermo y lo hago sufrir no dándole todo lo que él desea recibir de mí.

El toma frente a la hermana la posición de madre protectora por la introyección de mi imagen bondadosa.

Como vemos, esto constituyó el primer paso importante en el análisis de N. Su yo fue capaz de soportar la persecución y pudo traerla al análisis, uniéndola a la imagen idealizada.

Con el nacimiento de mi hijo, quÉ en el material analítico desplazó a sus hermanas adoptivas, surgió mucha agresión. Las fantasías de muerte del niño tenían tal magnitud que el verlo en la realidad con vida, no fue suficiente, para calmar la angustia que tales fantasías le producían. Al no poder elaborar estos conflictos por un nuevo incremento del odio, recurrió a defensas regresivas, utilizando con preferencia la omnipotencia.

En una sesión me dice: “e, Sabe que vamos a hacer una cancha de football? a las mellizas no las dejo ir, yo le dije a W. (el hermano), dales una patada en el culo y mándalas a Turquía, que se hagan turcas, no mejor al África, y que las maten y las asen y las coman los negros, así yo voy y con un cuchillo las mato a todas. Yo le dije a W. andate a Madrid a la Universidad de Salamanca y allí te hacés sabio, hacés un barco y zarpás para el Puerto de Palos con rumbo al Este, no al Oeste, bueno como yo no sé para dónde, y hacete sabio yo sé que Colón se presentó a los sabios de Salamanca, de los gallegos. Das la vuelta al mundo y venís aquí al Puerto de Montevideo y papá y mamá están en el puerto y ven un barco precioso, todo blanco, y entonces yo voy a Salamanca y lo miro primero, si está bien, nosotros hacemos todos los barcos y, vayan, vayan para Montevideo. Pero a las mellizas no hay que dejarlas ir hay que sacarlas y mandarlas al África, yo las mato todas, les clavo un cuchillo así y ya está, quedamos tranquilos, mirá tenés que hacerlo, porque después cuando te cases, vas a ser un desgraciado vos y la muchachita que se case contigo. Sabe que mi mamá me mandó a tender ropa?, sí, y yo puse la de los fenómenos aparte y la mía, la de W., y la de mi hermanita aparte en otra cuerda para que no se contagien”.

La fantasía subyacente en este material es la destrucción de 1 los perseguidores. Al fracasar este mecanismo, porque aumenta su ansiedad, recurre a la omnipotencia constructiva (ser sabio, etcétera). Lo hace para controlar esa

agresión y para obtener en su mundo de fantasía lo que no puede en el real. Si en su relación con el mundo exterior no es capaz de aprender en la escuela ni conquistar a los padres, lo consigue en su fantasía omnipotente:

se hace sabio y con esto provoca la admiración y atención de sus padres. Pero a pesar de esta defensa no puede controlar totalmente su agresión, por la que se siente culpable: “lo ensucia, necesita que lo laven”. Esto se vio más claramente en otra sesión, en la que dice: “. . . Se pueden hacer muchas cosas, yo le digo mirá, podés hacer una lavadora, así grande como esta pieza. Entonces le ponés una docena de ropa de las mellizas y la hacés marchar, y seguís echando otra docena tuya y la hacés marchar, y seguís echando, vas a ver cómo lavás todita la ropa. Mirá y tiene dos tambores y se le hace funcionar fácil, un niño la puede manejar”.

N. se siente desesperado y agobiado por la destructividad, no se siente capaz de ninguna técnica reparatoria y me pide que yo lo ayude haciéndome cargo de la reparación; su falta de confianza en sí se expresa en que incluso me anima a ello: “es fácil”, etc.

MECANISMO DE REPARACION

En el material que mostraré a continuación, se ve cómo el desarrollo de su capacidad reparatoria hizo que su posición frente al mundo externo e interno evolucionara.

La adquisición de la capacidad de reparar, que se origina como consecuencia de su fe en poder conservar dentro de sí un objeto de ayuda hizo que abandonara el comportamiento defensivo de carácter regresivo. Tal es así que a los cinco meses de las sesiones descritas anteriormente sucede la que transcribo:

Con la pala alisa la arena y dice: “Ve ?, ahora está alisada.”

Anoto las sesiones en presencia del niño y en este momento la lapicera no

escribe, el chico se da cuenta y me pregunta si está descompuesta. Me dice: “Hágale así (movimiento brusco hacia abajo), yo tenía una lapicera fuente, hacía así y marchaba”.

Hago el movimiento que el chico me indica y la lapicera empieza a escribir. El continúa: “Tengo una cascarudita, tiene un mes, el que viene va a tener dos”. Sigue jugueteando con la arena y encuentra una basura. “y esto, qué es?, un ala de cascarudo ?“ Lo saca y lo deja en el suelo. “y Ud. sabe? cuando juego a las bandas con W. y salgo entre las plantitas la saco para que tome aire, le saco la tapa y vuela, vuela altísimo, así, el cascarudo bajito, la cascarudita alta, yo le doy de mamar y todo”.

Inmediatamente que fue capaz de ayudarme a reparar la lapicera descompuesta, siente por primera vez mi presencia. La cascarudita soy yo a la que tiene y se siente capaz ahora de cuidar y dar mucho (darle de mamar, sacarla a tomar el aire, etc.). Vero tomando una posición femenina, por la identificación que ha hecho conmigo, identificación que ya se expresó en una de las sesiones que hemos visto (cuando tomaba una actitud maternal con La hermana). Con la diferencia de que aquí el objeto interno tiene vida: sale, vuela, se relaciona.

Se operó un proceso similar al que ocurre con el lenguaje; la cascarudita, a la que se le quita la tapa y sale, equivale a los primeros sonidos, las primeras palabras, que son la exteriorización del objeto bueno interno como vehículo de la relación humana.

Pero N. me advierte que tengo que ser sólo para él, para estar tranquilo (el ala de cascarudo que aparta), destaca sin embargo que hay una distancia entre él y yo (“vuela altísimo, el cascarudo bajo”).

En esta misma sesión realiza un juego que consiste en cargar y descargar camiones llenos de arena. Siguiendo éstos un recorrido sobre la arena dejan

marcado un cuadrado que despierta la exclamación de N.: “Oh, mire, lo que salió, un cuadradito”. Repite el juego varias veces, alternando con dos camiones, y destacándose cada cuadrado que hace, mientras me dice: “Ud. no me puede comprar la revista del África que está en el primer kiosko del Palacio Salvo? Está en inglés pero no importa, porque W. y yo la queremos para mirar las figuras”.

Expresa N. en este fragmento de sesión que ya no necesita de la omnipotencia, no importa que no sepa inglés, igual va a poder disfrutar de la revista (anteriormente me decía que dominaba perfectamente el francés). Pudo abandonar esta defensa, que ocultaba su incapacidad para lo constructivo, justamente cuando se sintió capaz de hacer algo: “el cuadradito”. Era una pequeña conquista, pero que para él adquiría una gran importancia, ya que había pasado un año y medio de tratamiento sin atreverse a hacer nada, por temor a su instinto destructivo.

Luego de este primer intento reparatorio exitoso, pasa un periodo de cuatro o cinco meses, con nuevas reparaciones oscilando entre el éxito y el fracaso.

En una sesión me trae una bandera hecha por él en una tela, pero que tenía un tajo. Me dice: “Vio qué linda?, acá estaba cortando y. . . paf !!, se me cortó. W., la vio”. Me pide agua. Empieza a pintar la bandera. “Le voy a poner distintos colores. Anoche soñé que W. había venido acá a Montevideo y se puso a estudiar de doctor y quiso ser sacerdote de la Iglesia Matriz, hizo un hospital, y la vacuna contra la poliomielitis, etc., etc.”

Puede reparar y fuera de las sesiones (la bandera la traía hecha), pero le falla su capacidad constructiva, (el corte de la bandera), de inmediato recurre a mí, para que lo ayude (el pedido del agua, el pintar la bandera en la sesión), pero no es suficiente para el daño que hizo (cortar la bandera) se siente fracasado y ve al hermano más capaz, más potente. Comienzan las defensas regresivas:

disociación, omnipotencia. Porque W. también es él que inventa y estudia de todo.

La superación de esta envidia y rivalidad con el hermano, uno de los logros más importantes, ocurrió como consecuencia de su convicción de que era capaz de crear. En una sesión me contó lo siguiente de un ómnibus de W.: “las mellizas le sacaron las herramientas, yo le dije: “te conviene cambiarlo de lugar, porque te lo van a romper todo”, ya tiene rota la palanca de los cambios es una que tiene una cosita redondita así, y se mueve así. El, al ómnibus lo va a cambiar de la línea 128 a la 191, falta poquito para terminarlo de arreglar al ómnibus, la pintura está perfectamente bien”.

Expresa en esta forma su deseo de cambiar y ser él mismo. “Falta poquito, no hay más que arreglar la palanca de los cambios”.

Por último tiene lugar una sesión en la que lo dominante es lo constructivo, porque puede ya controlar su instinto de muerte.

Trae una armónica y mientras la desenvuelve habla: “Una compañera de W. le regaló un auto y las mellizas se lo volcaron, mire qué lindo (refiriéndose a la armónica), y se rompió todo y lo llevaron a la fábrica de nuevo. Pero hay que ver lo ponen nervioso cuando maneja, porque él sabe manejar, también ferrocarriles, pero ellas se cruzaban por delante y él tocó tres pitadas y ellas se atravesaron lo mismo, si tuviera las barreras bajas, él atravesaba lo mismo, porque era presidente. Le voy a tocar música. W., está enfermo. Vio? le costó \$ 13.50 a papá, la compró en el Palacio de la Música, hoy es mi cumpleaños. Yo se la presto a W. para que toque, él tenía un acordeón y se le rompió todo. Vio? tiene de todo, parece una radio, hasta la terminación de la música. Un compañero llevó una armónica y toca Lily (la canta para decírmelo), yo no sé porque recién empiezo, pero voy a llegar, yo creo a lo mejor no. Yo fui a ver a la maestra de W., dice que se porta bien, que es el mejor de la clase”. Cada frase de este relato es interrumpida para hacer sonar la armónica.

Como consecuencia de interpretar este material en el sentido de su posibilidad de darme a mí su música, toca largo rato y luego la elogia: “Aquí parece música de *cámara*, *aquí* más finito. La compró en el Palacio de la Música, vio la caja ? (me la muestra) tiene un regio paisaje y papel para envolverla”.

A pesar de todo lo destructivo del mundo (el vuelco del auto, la enfermedad de W., el acordeón roto, etc.) se puede, sin embargo, en medio de ese caos, producir música.

Esta nueva posición frente al mundo (externo e interno) conduce a un aumento progresivo de la adaptación a la realidad, por un conocimiento creciente de lo que es interno y de lo que es externo. Al disminuir así la ansiedad paranoide, puede aceptar el alcance y los límites de su actuación en el mundo “yo no sé, porque recién empiezo, pero voy a llegar”.

Claro que para el mantenimiento de estos logros, se necesita que la realidad exterior, justifique en sucesivas pruebas de realidad, que él acercamiento al mundo no es peligroso.

Los cambios en las relaciones de objeto vivenciados en la transferencia, se ponen a prueba en el mundo externo y de la interacción de los dos campos se progresa en la adaptación al mundo.

En este momento cuenta con 300 sesiones de análisis. Es capaz de vivir normalmente una separación, por ejemplo la de las vacaciones, deprimiéndose y animándose a expresar sus afectos y fantasías. Su conducta escolar es mucho más adecuada, las dificultades con sus compañeros han desaparecido mediante el análisis y solución de los conflictos con los hermanos.

Su rendimiento escolar es bueno, porque el proceso de reparación lo lleva a sublimaciones adecuadas. Persisten dificultades en matemáticas y en terminar trabajos empezados.

Los padres han propuesto proseguir el análisis hasta que el niño pueda desenvolverse totalmente bien en el mundo exterior y piensan que el tratamiento lo ayudará a pasar la crisis de la pubertad con más facilidad.

RESUMEN

“La posición depresiva en el análisis de un niño”

Hemos tomado como ejemplo el material del análisis de un niño de 7 años para observar las vicisitudes por las que tiene que pasar el individuo hasta conseguir la elaboración de la etapa depresiva, tan importante como signo de maduración.

En la primera parte se hace una rápida revisión de lo que la escuela inglesa entiende por posición depresiva, y de cómo este concepto partió del estudio que sobre el duelo y la melancolía hizo Freud en el año 1913.

Se destaca, además, cómo en el curso del tratamiento analítico se repiten ésta y las demás etapas que constituyen el desarrollo emocional del niño.

Se transcriben luego los datos biográficos del niño en cuestión, entre los que se destacan como síntomas: el retardo en el lenguaje, las dificultades en el aprendizaje y en el contacto con el mundo externo. De acuerdo a lo observado en el curso del tratamiento, estos síntomas se explican como expresión de su incapacidad reparatoria. También se destaca la vivencia de una *situación* de persecución que se traducía por el temor a los marcos de las puertas, la actitud agresiva hacia el medio externo, el rechazo recíproco de madre e hijo y el rápido contacto que estableció con su analista. Esto último traducía la necesidad de una figura buena.

Se transcriben fragmentos del análisis de este niño donde se ve muy claramente, en una primera etapa, su angustia persecutoria haciendo una

marcada división de objeto. Se siente muy amenazado por las religiosas de la escuela a la que concurre, y muy protegido por la analista idealizada. Más tarde, con motivo de un embarazo de esta última, el niño teme perderla, la introyecta tomando una actitud femenina. Se produce así en su mundo interno la unión entre sus objetos bueno y malo. En esta forma entra en la fase depresiva. Pero el nacimiento del niño incrementó su odio, teniendo que recurrir nuevamente a la división de objeto por incapacidad de reparar. Se defendía en las sesiones con una actitud omnipotente, hasta que en virtud de la relación analítica, se sintió capaz de conservar dentro de sí el objeto bueno interno y paralelamente el objeto bueno externo. Esto le proporcionó la disposición para vivir estados depresivos y elaborarlos, consiguiendo de este modo un progreso evidente en la resolución de sus conflictos.

SUMMARY

The depressive position in the analysis of a child

The analytic material of a seven-year-old boy is used to observe the vicissitudes that individuals must go through until they attain the elaboration of the depressive position, which is so important as a sign of maturation.

The first part comprises a brief revision of what the English school means by depressive position and how this concept started from Freud's study on mourning and melancholia (1913).

In addition, it is pointed out that in the course of analysis this position repeats itself, as well as the other positions which constitute the emotional development in childhood.

Biographic data of the boy are given, among which the following appear as symptoms: delayed language acquisition, learning difficulties, external world contact difficulties. Observations during the analysis lead to the explanation of

these symptoms as an expression of the patient's incapacity of reparation. We point out too the experiencing of a persecutory position expressed by the fear of door-frames, an aggressive attitude towards the external world, reciprocal mother and child rebounding and the rapid contact established with the analyst; the latter expressing the necessity of a good figure.

Fragments of the analytic material are transcribed, which show quite clearly the boy's persecutory anxiety and deep object division in a former phase. He felt threatened by the nuns at school. He felt his analyst very protective and idealized. Later on, owing to the analyst's pregnancy, the boy feared to lose her. He introjected her, adopting a feminine attitude. The fusion of his objects, the bad and the good one, was realized inside him. He thus entered the depressive position. But the baby's birth increased his hatred. Owing to his incapacity of reparation, he resorted again to the division of objects.

Omnipotence was his defence during the sessions until, by effect of the analytic *relationship*, he was able to *keep inside* him the good internal object together with the good world object. This made him able to experience' the depressive position and elaborate it, which was a great improvement towards the resolution of his conflicts.

Acerca de la interpretación del silencio

JUAN PEREIRA ANAVITARTE

MONTEVIDEO

El descubrimiento por Freud de los contenidos latentes señala y limita el margen de la actividad psicoanalítica, y, en especial, la función del analista: descubrir los contenidos latentes y comunicárselos al paciente en la interpretación. Además sabemos que la interpretación como recurso único del analista supone una serie de condiciones para ser tal. Condiciones que están determinadas por la estructura de la situación, que podemos definir como la relación de dos personas, en la cual una habla (se dirige a “alguien”); el “alguien” en la realidad es el analista, de quien se ignora la personalidad y vida, tanto pasada, como actual privada. Pero se establece una relación, relación en la que la figura del analista pasa a formar parte, generalmente muy importante, de la vida del paciente. Como parte del paciente, no es parásita detecta las formas y características de la relación. El carácter “no parásito” define aún más profundamente la relación y señala la existencia implícita de la posibilidad fantaseada por el enfermo de convertirlo en tal: personaje de su vida en el plano transferencial, que podemos entender como compulsión a la repetición; en la fantasía el desconocido comienza a ser “el conocido” (padre o madre, hermana o hermano, etc., en forma más o menos rígida o combinada por un principio de equiparación emotiva de situaciones). La conversión en ese “alguien” del analista desconocido, despierta en nosotros una situación de alarma descrita ya por Paula Heimann y que llamamos contratransferencia; pero también y por otro lado hay un mínimo de aceptación del “papel” otorgado por el paciente, que también entra en los contenidos no conscientes para el analista de esa

contratransferencia y que define en calidad —según pienso— la diferencia entre el analista más consciente de la situación terapéutica, y aquél más comprometido en la relación neurótica del analizado. Con esto pretendo señalar los peligros de la situación del analista así como los rasgos de la fantasía parasitaria que en forma latente está en los pacientes desde la primera entrevista.

Pero al mismo tiempo este rasgo especial de la relación analítica es el recurso básico para la comprensión de las relaciones objetales del paciente y motor de las interpretaciones, que en este plano suponen la aceptación del compromiso impuesto por la fantasía del enfermo, y la proyección en la verbalización por parte del analista.

Podemos entender estos mecanismos en términos de identificación proyectiva por parte del paciente, y la actuación del analista (hablar es forma de actuar; lo es más específicamente en la voluntad de curación del analista, vale decir de hacer cambiar) como elaboración de esa proyección en términos conscientes y también de proyección (aunque no en un sentido idéntico al realizado por el enfermo). La diferencia está en la estructura de una y otra proyección, tanto que supongo que sería *mejor no* usar ese término. Creo, sin embargo, que contratransferencialmente me vi impulsado a hacerlo, quizá por el contenido no siempre positivo de las proyecciones de mis pacientes y mi necesidad de defenderme de ellas por el mismo mecanismo elemental del yo de mis enfermos, en cuanto los viví como amenazantes o simplemente “ajenos”.

La verbalización de los enfermos nos lleva así a preguntarnos qué quieren decirnos con sus palabras; pienso que esta es la fantasía básica de nuestra actitud de detectores de los contenidos latentes. Pero también es experiencia de todos que, en oportunidades, el paciente no habla, queda en silencio, situación que muchas veces es vivida con desaliento y como planteo de situaciones técnicas difíciles. Considero, sin embargo, que aquella interrogante se mantiene y que en estos casos podemos preguntarnos: ¿qué expresa este paciente con su silencio?, ¿qué me dice cuando no habla?

El silencio entra así en la relación analítica junto al gesto y a la palabra.

En este trabajo deseo mostrar los contenidos que he encontrado más frecuentemente en los silencios de mis pacientes, así como su interpretación, vale decir, mi interpretación (aspecto contratransferencial predominante en las situaciones de silencio) así como las fantasías subyacentes (contenido transferencial del silencio).

Aparentemente el contenido transferencial es más fácilmente observable cuando el paciente habla; es evidente que hay sentimiento de colaboración de parte del enfermo, nos anima, nos alienta a la interpretación. En ese sentido el silencio es frustrador, y esto muchas veces nos desorienta. *Considero* que esa desorientación es un estado contratransferencial útil y que como tal debe ser elaborado en la interpretación; más concretamente:

el silencio tiene un contenido, dice algo y debe ser interpretado, tanto en su forma (silenciosa) como en su contenido. Al mismo tiempo la desorientación surge del hecho que los contenidos *contratransferenciales* son vividos por el analista, pero muchas veces no son elaborados hasta concluir en la interpretación.

El silencio no nos deja indiferentes, y si esto ocurre considero que no es porque sí. He vivido frecuentemente vivencias que aparentemente consideraría de distracción respecto al enfermo silencioso; sin embargo, si logro analizar el contenido de esas distracciones, veo que puedo interpretar el silencio en forma *operante*, de modo que el contenido de pensamiento del analista en ese momento, que aparentemente es un acting out de la relación con el paciente silencioso puede ser disuelto en la relación analítica.

La tesis de este trabajo es que la relación contratransferencial y sus contenidos son el recurso interpretativo del silencio.

El mecanismo de proyección ya descrito en la relación transferencial actúa no solamente en la relación verbalizada sino también en la silente. La conexión

aparentemente rota se mantiene en la presencia y actitud del enfermo, se erige así en otro medio de comunicación, en una forma de actividad del enfermo diferente a la que nos sugiere la regla fundamental de la libre asociación. Descubrimos así que hay una comunicación que se tiende a negar, que lo callado es activamente silenciado por el paciente por algún motivo, que este motivo puede ser activado por la interpretación.

Al mismo tiempo descubrimos que la interpretación en estos casos está exclusivamente regida por la vivencia contratransferencial, o sea por lo que nos frustra o anima en ese momento; también por la disposición interpretativa, o sea que el silencio nos lleva a determinadas ideas o pensamientos y no a otros, que de algún modo están en relación con la situación que estamos viviendo. Podemos suponer que el paciente nos deja descubrir el contenido de su silencio y que no debemos comprometernos en la continuación de la situación. Tampoco debemos simplemente esperar que estemos contratransferencialmente seguros. Es posible, sin embargo, la duda de si debemos integrar o no en la interpretación el contenido de nuestra aparente ausencia-distracción-participativa de la relación silenciosa del enfermo. Concretamente: si es un contenido nuestro de nuestra vida propia o si proviene de él. Pienso que este problema puede plantearse para cualquier tipo de interpretación, aunque reconozco el carácter más “arriesgado” en el caso del silencio. Supongo que la nota de riesgo es dada porque la comunicación silenciosa tiene caracteres mágico-regresivos que son normalmente rechazados, y que dan a ese tipo de interpretaciones un carácter “adivinatorio” inquietante.

Veamos algunos ejemplos:

A. inicia su sesión hablando con cierto desgano. Dice: “anoche estuve leyendo Historia, me sorprendió que las Cruzadas hubieran tenido importancia económica”. . . (silencio) . . . (mete las manos en el bolsillo, gira la cabeza y mira la estufa un rato, bosteza). “Tengo sueño (mira un cuadro que tiene enfrente)... “en ese cuadro hay algo que no entiendo... es una mancha en el

total”. Siento una atmósfera de tirantez, me doy cuenta de que hay algo en mi paciente que no entiendo, me incomoda el silencio, me “distraigo”, pienso que estamos a principios de mes y que debo pagar una cuenta..., en ese momento se me ocurre interpretar: “se siente lejano y resentido por tener que pagar su análisis, le sorprende que haya relación económica entre yo y usted (las Cruzadas manifiestamente de contenido religioso puro), que eso es como una mancha en la relación conmigo, que esa relación no debiera contener dinero, que éste debiera quedar para usted (las manos en el bolsillo) que sólo debiera tener mi apoyo y mi afecto (la estufa)”. El paciente da la impresión de ser despertado; cambia de posición, dice: “Cierto, sabía que hoy tenía algo que hacer, sin duda veo que era ir al banco, me olvidé... no sabía qué decir cuando entré, me prendí de la Historia como de una tabla de salvación. .. me sentía incómodo, quería irme y pensaba que usted no entendería nada”.

Pienso que esta interpretación estaba determinada por la situación de tensión; había algo que se me escapaba (que el paciente no quería darme) y que yo estaba esperando. El contenido estaba en *sus* dificultades para pagar, *que no correspondían a* su situación económica (muy buena) sino a significados del dinero que en esa sesión y siguientes el paciente pudo elaborar.

El mismo paciente A. en otra oportunidad también inició una sesión en silencio; dice que está muy deprimido, que no tiene ganas de hablar; queda en silencio. Luego relata que fue a cenar con su esposa, tomando ambos bastante vino. Pudieron mantener una relación muy cordial durante la cena, pero luego del regreso se sintió impotente aunque la esposa le insinuó su deseo de coito. Nuevamente hay un largo silencio; luego dice que está preocupado por haber faltado a su oficina. Le interpreto que está desplazando a la falta en la oficina su “falta” en la relación matrimonial, su impotencia. En ese momento se duerme, me doy cuenta que no ha oído totalmente la interpretación; queda en

silencio somnolente y pregunta qué le había dicho yo. Le señalo que se había dormido y le repito la interpretación; nuevamente se duerme unos segundos, despierta y vuelve a preguntar: dice haber oído una parte pero no todo. Queda en silencio, siento cierta incomodidad. Inexplicablemente me asalta una sensación de fatiga; miro la hora: prácticamente la sesión había durado hasta ese momento ocho minutos. Pienso que trabajo demasiado, que me vendrían bien unas vacaciones; percibo que la situación me disgusta por algo, me cansa, me agota. En ese momento interpreto: “Me está chupando, se siente debilitado, interpreta su impotencia de anoche como debilidad, por eso además no fue a trabajar, porque podía perder energías y debilitarse más”. El paciente dice: “tengo hambre, es cierto pensé en comer antes de venir acá, pero supuse que llegaría tarde y no quise, a veces siento necesidad de comer, pero es algo distinto al hambre de comida que uno siente cuando llega el mediodía o a veces la cena, cuando era chico pensaba que eso me daría más potencia”. Le interpreto que ahora estaba comiendo de mí; que se quedaba en silencio y dormía para protegerme, pero que al mismo tiempo le angustiaba perderme (mi fantasía de las vacaciones junto a la sensación de agotamiento vaciamiento). “Sí, a veces pienso que se puede aburrir de mí y mandarme al diablo”. Asocié después esta situación a la de los lactantes que se duermen durante la mamada, dando la sensación de que alargan el placer de la comida así como inquietan a la madre que se siente esclavizada; eso me explicó el porqué del nombre “lactante” que había puesto íntimamente a ese paciente a quien vivía como especialmente voraz y exigente.

Veamos otro ejemplo:

B.comunica que *estuvo dolorido toda la tarde...* “Sentía algo en la barriga, como si me fuera a descomponer”. Queda en silencio; luego agrega: “en realidad no me descompuse, pero siguió el dolor.., ahora” (se toca el vientre con cuidado y deja las manos en los costados, permanece quieto, inmóvil). Silencio. Era un paciente hipocondríaco, me sentía “acosado” por las quejas en

ese momento de su análisis, pensé que era un “tratado de Patología andante”. Recordé que en una oportunidad había pedido para salir del liceo porque me sentía descompuesto y que luego de haber defecado me sentí bien. Le interpreto: “Desea inmovilizar los fecales que tiene adentro, teme descomponerse acá, trata de preservarme como al resto de su cuerpo, desea que todo quede en sus intestinos

El paciente se mueve un poco, vuelve *a colocar las manos en* el vientre y dice: “ahora creo que no me duele. . . Alicia (una enferma internada en un sanatorio psiquiátrico, pariente del paciente) jamás siente nada, mi madre estuvo a verla el domingo y me contó en casa que con el frío que hacía andaba con una blusa finita y pollera sin sentir frío. Le interpreto que “es preferible tener algo malo en la barriga y no en la cabeza, estar mal del vientre que loco; por eso había estado en silencio: temía que yo pudiera contaminarme con sus cosas malas, descomponerse acá, y que yo lo enloqueciera con mis palabras. Con el silencio me inmovilizaba como con las manos tapaba y aquietaba lo que sentía en su barriga”. El paciente se ríe, y dice “yo no la emboco una, no pensé que me enloquecería, pero no tenía ganas de hablar, pensé que un dolor de barriga no tenía nada que ver con el análisis”.

En este caso, el silencio junto a los gestos me llevaron a interpretar la fantasía de paralización del paciente, como así la fantasía persecutoria respecto a mí, que podía enloquecerlo; mi recuerdo e-n ese momento de la situación liceal pasada me llevó a identificarme con lo proyectado en mí por e] paciente y comprender el miedo a dejar algo que consideraba inadecuado, así como ulteriormente supuse que aquella diarrea mía que curó en cuanto llegué a casa debía estar relacionada con alguna situación especial de miedo, tan negada como era para el paciente la relación de su dolor abdominal y la situación analítica (el síntoma además era nuevo en su constelación de “malestares”).

El paciente C. inicia su sesión hablando de la facultad donde estudió unos años; recuerda que unos compañeros tardaron varios meses en la preparación ~ una materia fácil. Queda en silencio. Agrega “no sé por qué pero recordé un día de huelga que nos fuimos al parque, anduvimos en bote y se nos ocurrió jugar carreras... (silencio). Ayer fui a casa de L., ¡qué rabiar, tiene la manía del trabajo, me dio pila de instrucciones”. Silencio. (Siento que paulatinamente me voy desinteresando del relato estoy “distráido”, no entiendo lo que ocurre al paciente. Pienso que podría leer en ese momento un libro que tengo cerca, que compré libros nuevos que me interesan mucho, recordé que antes tenía *una* veladora que iluminaba directamente lo que leía estando acostado y que me sentía muy cómodo, asocié después con otro paciente que me había hablado de aparatos de óptica y de *una* lente convergente que permitía acercar objetos lejanos y fotografiarlos. A todo esto él paciente seguía inmóvil y silencioso. Le interpreto: “Desea mantener el encanto de la situación pasada, desea ponerla lejos de mí, que soy como L.: le exijo trabajo, palabras que desea no comunicar’. Sentí que aparentemente alejado y con la fantasía de ponerme a leer un libro, en realidad me hacia cargo de la rebeldía del paciente en huelga (era mi “huelga” al análisis) frente a una situación llena de exigencias (L.).

La reacción del paciente fue decirme que ese día no tenía ganas de *venir*, pero que le daba vergüenza faltar.

Hasta ahora hemos visto ejemplos de silencio como protector de algo, así como en el caso A. como medio de satisfacción de algo. En todos estos casos se diría que la vivencia contratransferencial ha sido predominantemente de disgusto, acompañada de “distracciones” cuyo contenido me permitió por otra parte comprender la relación silente.

Veamos ahora otro tipo de situación:

La paciente C. entra pausadamente, se sienta en el diván y me mira con expresión algo tensa y lejana por momentos; paulatinamente se nota cierto

bienestar. (Afuera se oye el viento. Hace frío. Yo me siento también paulatinamente más cómodo). Le interpreto: “El silencio la protege del mundo externo, se aísla conmigo”. La paciente expelo una bocanada de humo y acomodándose en el diván expresa: “Recuerdo que en casa, en mi país, recibía amigos profesores que hablaban por largo rato, cuando se iban la casa quedaba con una “sfumatura” de la presencia de ellos y me gustaba quedarme allí, en silencio. Era algo hermoso...”

Sentí que se preparaba para el fin de semana y que deseaba mantener la “sfumatura” de la sesión, en relación además con

- las restantes sesiones de comunicación muy lograda que habían tenido lugar durante la semana. Con el silencio trataba de preservar y de mantener una determinada sensación transferencial, inmovilizada hasta la sesión siguiente, dos días después. Sentí además el temor de la paciente a ese fin de semana como temor a cambios en mí; la “garantía” de continuidad estaba dada por la “sfumatura” hasta la sesión siguiente. Yo era como los profesores, me iba a encontrar en ese modo.

En los ejemplos presentados podemos ver que las situaciones de silencio responden a una fantasía de comunicación verbalmente negada; la incomunicación solamente puede ser señalada en el plano verbal; la vivencia contratransferencial mantiene la relación y puede ser verbalizada, con mayor o menor grado de dificultad, según he señalado, de acuerdo al grado de “compromiso” del analista en la situación planteada por el paciente. En último término por el tipo de satisfacción o insatisfacción vivenciado por el analista en la relación objetal proyectada transferencialmente por el enfermo.

Los ejemplos podrían multiplicarse. Deseo señalar sin embargo que el uso del silencio en algunos casos responde directamente a la estructura de la neurosis. Pienso en particular en los fóbicos que he tratado, y especialmente en uno de ellos. El relato entrecortado de este paciente producía en mí la sensación extraña de que nunca terminaba de conocerlo en su sintomatología. Pude

comprender que esa vivencia mía de “desconocimiento” correspondía a la desconexión que el enfermo trataba de imponer entre sus distintas partes; concretamente, la separación de las frases en la sesión como también de una sesión a otra respondían al miedo de reunir sus conflictos y a la fantasía que manifestó después, de que yo podía considerarlo demasiado perturbado y no atenderlo; fantasía que surgía del temor a la locura que podía sobrevenir si todos sus síntomas se agrupaban y se “unían” contra él. El silencio o los silencios en este caso respondían a una modalidad “fóbica” de manejo de las palabras y frases cargadas cada una de ellas de peligrosidad, siendo más manejable ésta en la medida en que podía dividir aquellas, separarlas con el silencio. Respondía obviamente a la fantasía de separarlas en mí, la vivencia mía era realmente esa; de ahí la sorpresa y cierta desorientación que me hubieran llevado también a interpretaciones parciales, localizadas, en paralelo manejo fóbico de la situación.

En otros casos los silencios prolongados me han llevado a satisfacer al paciente en su fantasía ‘de observación visual de mi parte más atenta y descubrir así contenidos eróticos, aparentemente ausentes en la verbalización escasa. Me refiero especialmente a algunos casos de histeria en los que, además, el lenguaje gestual era especialmente rico y con alto contenido de seducción. Recuerdo el caso de una paciente que usaba un perfume sumamente penetrante; sentía que “invadía” toda la casa. En una sesión, después de haberse recostado, con ostensible elegancia, se queda largo rato en silencio. Me sorprende observando atentamente su arreglo personal, su posición elegante, sus manos muy cuidadas, especialmente una colocada en la cabeza, de mi lado y que hacía pequeños movimientos que interpreté como de llamado pero también como si se despidiera; el resto de su cuerpo tenía inmovilidad estatuaria. Recordé la “Maja vestida”, de Goya, luego el hermafrodita yacente, sentí una sensación de incomodidad; me reproché el no interpretar todo eso de alguna manera. La paciente suspiró. En ese momento surgió la interpretación: “Estaba esperando

que yo dijera algo sobre usted, que le hablara, con su silencio trataba de exigírmelo pero al mismo tiempo de negarlo (veo ahora el porqué de la asociación con el hermafrodita, que tiene un cuerpo evidentemente femenino, negado por la presencia del pene); es lo que le ocurre a usted en este momento respecto a las fantasías que ha hecho sobre mí”. Sentía que la paciente estaba alarmada; comunicó que había tomado un coche y pasado varias veces por la puerta de mi casa con la esperanza de verme el día anterior, en que le había avisado que no podía atenderla; surgieron las fantasías de abandono, de que ese día podía ser el de mi casamiento. Toda la situación respondía a una fantasía de seducción histérica, de llamado y de rechazo; sucedía también esto con el silencio: “pasaba” por mi consultorio para ser observada, como ella había pasado por mi casa para observar lo que ocurría.

En este caso, como en el del enfermo hipocondríaco, señalé la presencia de los gestos. Al principio del trabajo dije que el silencio entraba en la relación analítica junto con la palabra y el gesto. Esto me plantea el problema de la existencia de niveles expresivos y con él la situación de los pacientes psicóticos, en quienes la dificultad de verbalización es mucho mayor que en los neuróticos, y los silencios mucho más frecuentes. También es evidente en estos casos que la comunicación aparentemente negada por el silencio verbal está mantenida por el lenguaje gestual, y que la contratransferencia puede lograr la unión de los contenidos de ambas situaciones. Podemos interpretar la situación de silencio como miedo a la pérdida de un objeto o, más adecuadamente, de una relación objetal que mágicamente (omnipotentemente) desea mantener inmóvil: no hablar para no perder, para no modificar. Pero también y por otro lado, en la medida en que podemos ver este hecho, y que el lenguaje gestual sea la pista en ese momento, nos lleva a suponer que hay una disociación. Los gestos acompañan parcialmente la fantasía anterior y expresan un manejo - diferente del objeto, indican transferencialmente el contenido persecutorio, rechazante, de la relación total con el analista (los gestos de la mano de la paciente histérica así como

otros que describiré en psicóticos quizá aclaren algo más esta idea). Por otra parte, el contenido disociativo de la actuación silenciosa del paciente, significa que alguien está presente pero al mismo tiempo “ausente”. Podemos suponer que está en relación parcial, que puede relacionarse con una parte del analista, pero no con otra, que trata de excluir, de negar. La palabra es el instrumento expresivo de esa disociación; lo es más concretamente “la ausencia de palabra”. La dificultad de interpretación en este plano podríamos entenderla como vivencia de la disociación en el plano contratransferencial, como una dificultad de superar esa división vivenciada en nosotros, tanto más evidente en la medida en que la contratransferencia lleve elementos ambivalentes, pero más grave en los casos en que se niega la existencia de pulsiones agresivas de nuestra parte. Winnicott ha desarrollado este aspecto y me remito a su trabajo.

El problema contratransferencial se hace muy evidente en algunas situaciones en las que el silencio del paciente nos proporciona una sensación de bienestar (es más fácil admitir la existencia de sentimientos positivos que negativos, aunque en ambos casos esté presente la disociación).

Recuerdo el caso de un paciente autista, que frecuentemente caía en silencio. La sesión que voy a relatar sucedía en vísperas de un examen. El enfermo estaba tranquilamente recostado en el diván; sentía que estaba conectado, pero que al mismo tiempo no me necesitaba. Era como un entendimiento sin palabras, percibía esta situación, sabía que debía interpretarle, pero no tenía ganas. La expresión facial del paciente era plácida, se acariciaba la cara; en algunos momentos realizaba un gesto que aparentemente expresaba una fantasía de expresarse.

Contratransferencialmente vivía un estado de fusión plácido. El gesto me sugirió la presencia de algo que el paciente exprimía en él; el total estaba presidido por una atmósfera de prescindencia de mí en ese momento. Le interpreto mi presencia dentro de él, -su complacencia y su deseo de mantenerme

por otro lado afuera, por que lo de adentro era bueno y gratificador (podía ser exprimido como un objeto alimentador: seno o pene); lo que quedaba y dejaba afuera era malo. Responde diciendo que eso era lo que necesitaba para dar examen. Comprendí que mi tendencia a mantenerme callado respondía paralelamente al temor a romper los aspectos mágicos de la presencia alimentadora de una parte mala. El gesto, sin embargo, era el medio de comunicación, era probar la presencia pero también tantear la posibilidad de poner afuera sin perder, por eso viví también ese hecho como un juego. Considero además, que el “juego” gestual me permitió acceso más seguro a la fantasía del paciente.

El gesto en estos casos (me pregunto sí no ocurre lo mismo con todos los gestos) fue interpretado como dramatización y coma tal permitió el acceso a contenidos que la verbalización no daba.

Me he referido al contenido paralizante del silencio; en el caso descrito, era mi temor a romper los aspectos mágicos protectores de la fantasía del enfermo. En otras situaciones la paralización responde, según he vivido, al contenido agresivo de la contratransferencia; en un plano más profundo el silencio del paciente es vivido como paralizante, hay una evidente frustración: los buenos contenidos del analista son negados, su papel es predominantemente perseguidor. Se trata de una situación de paranoia transferencial, que he observado en caracteres paranoicos y en fóbicos. En estos últimos, cuando el analista es un objeto fóbigeno repiten frente a él las defensas fóbicas adecuadas a la situación y al paciente. El silencio es en estos casos un medio de control, fantasía típica de negación de la comunicación; pero hay al mismo tiempo una comunicación controlante, mediante una concurrencia a veces puntual, rigidez de la actitud general, y silencio. También en esos casos la verbalización escasa responde muchas veces a la fantasía de control, se diría que hablan para tantear, probar la reacción del analista, en algún caso para hacerlo hablar, cuando sobre todo el silencio del paciente es acompañado por el silencio del analista (“ver qué

tiene adentro”). La angustia en estos casos está relacionada con el temor a la reintroyección de los objetos malos proyectados en la imagen del analista. Esta situación es vivenciada por el analista, como vivencia personal en ese momento. La relación con ese paciente, el carácter específico y no repetido de esas vivencias fueron quizá los elementos que me permitieron concebir que los silencios son interpretables en función de la contratransferencia.

La doctora Alvarez de Toledo, en su trabajo sobre “Análisis del asociar, del interpretar y de las palabras”, señala la importancia de las vivencias contratransferenciales, las indica como pista de acceso a las fantasías. Dice que “las palabras, al representar en un nivel muy primitivo, objetos concretos, contienen las cargas libidinosas dirigidas hacia ellos”. El fin en este caso es “deshacer el proceso simbólico del lenguaje” y analizar así las fantasías que están detrás, sus objetos y sus relaciones objetales. La tesis de este trabajo es qué labor paralela podemos hacer con el silencio. La relación analítica no se interrumpe con él sino que adopta formas, trans-y-contratransferenciales especiales.

La Dra. Alvarez de Toledo dice que “la calidad de figura buena o mala que el analista está representando en un momento dado del análisis en la situación de transferencia está dada por la calidad atribuida a los impulsos que se canalizan y se realizan en el hablar y por el carácter de las palabras que serán buenas o malas de acuerdo a la mayor o menor integración de los impulsos instintivos que el analizado coloca, en el acto de hablar, dentro del analista”. Más adelante dice: “Los objetos aprisionados en el soma y en la representación verbal son como arrastrados por la corriente libidinoso, que se restablece conscientemente, y su pasaje del analizado al analista y viceversa se vivencia casi carnalmente”. Se destaca entonces un contenido inmanente en la palabra, como también que ese contenido es anterior a la palabra, concretamente que “la actuación precede al pensamiento, que la verbalización es sólo un momento en el lapso de una actuación”. En la contratransferencia podemos captar esa

actuación, sentirla y muchas veces formularla.

Merleau-Ponty señala que: *“Les mots sont á notre disposition comme l’horizon permanent de nos possibilités: lis sont lá, comme dans la perception, les faces cacheés de l’objet. Parler, c’est exister en usant de ces proiongements de nous-mêmes. Comine l’espace extérieur, con4me notre propre corps, jis constituent un certain champs d’action tendu autour de moi”*.

Podemos localizar el silencio en esa etapa previa preverbal, los objetos y sus relaciones están encerrados en el sujeto, o gran parte al menos; pero podemos concebirlo como un modo de actuación. Suscribo lo expresado por Merleau-Ponty: *“Si nous croyons á la possibilité d’une pensée inexprimée, c’est simplement que nous pouvons faire remonter silencieusement en nous des pensée’s d’autrefois; mais ce silence prétendu est bruissant de paro~es, cette vie intérieure est un langage intérieur”*.

Podemos localizar las fuentes o referencias sensibles de nuestra vivencia frente al paciente silencioso, hay un cúmulo de factores: gesto, postura, presencia total del paciente que nos transmite algo determinado, concretamente “participamos” en alguna manera en la situación con una vivencia, idea, sentimiento, distracción aparente, etc. Considero, que ese modo de participación nuestro, no siempre igual, dirigido, circunstanciado, está determinado por el paciente y sus conflictos y que debemos interpretarlo, no sólo en contenido, sino también y casi diría con preferencia en su forma, vale decir, lo que sucede y generalmente está sucediendo: el paciente “está lleno de palabras, que encierra en él”, para no dañar, para no perderlas, para no mezclarlas con las nuestras, en todo caso para controlar la situación disociativa que ahora está dramatizada en la presencia de dos personas en silencio, en comunicación implícita, participando de la misma circunstancia formal (limitaciones horarias, de lugar, el mismo analista, los mismos muebles, etc.).

La intención del silencio es diversa y depende del contenido de maldad o bondad de los objetos vehiculizados en las palabras calladas. Sólo puede ser

captada por nuestra vivencia contratransferencial; la interpretación en estos casos obra como desencadenante y patentiza la intención. Recuerdo la inquietud facial y mímicamente expresada por un paciente psicótico al hablarle después de un rato de silencio al principio de la sesión. Era evidente que mis palabras eran objetos malos, las de él buenos y la entrada de las mías en él “envenenarían su pensamiento”; a su vez el pensamiento era algo muy concreto y material para- él y se identificaba no sólo con su cabeza sino también con su cuerpo, sí por ejemplo, si escupía podía “liberarse” de mi ataque.

En otro enfermo, por lo contrario, el esfuerzo, la voz “apretada” ‘entrecortada con que comunicaba sus palabras, respondían a una fantasía de salvarme de la agresión de sus palabras-armas.

Podrían multiplicarse los ejemplos; sólo deseo señalar que en todos estos casos el análisis de las situaciones de silencio permite el acceso al paciente.

Considero también, que muchas veces no es posible una interpretación del silencio tal como la he descrito; supongo que la desorientación es la nota predominante. Me ha sido útil en esos casos mostrar al paciente la situación: está él lleno de palabras que no dice, está negando toda relación conmigo pero de todos modos está en relación, está callando algo a mí, oijio quiere darme palabras a mí, lo siento alejado y me es difícil comprender lo que ocurre, pienso que- él desea que yo no sepa porque no lo comprendería.

Una interpretación con contenido similar a este responde, sin embargo, al mismo principio de- uso de la contratransferencia volcada a la situación, para que no parasite y paralice en determinados niveles la relación analítica. Es evidente también que abriga una intención y es la de llevar al paciente a la expresión verbal, en la fantasía más corriente a “que salga de él” para “ver mejor”, lo cual es evidentemente cierto; pero la situación contraria no es ciega, ni tampoco el paciente está “totalmente en él”. Recuerdo el caso de una paciente que estaba callada; tuve la fantasía de que me era una desconocida, me pregunté

qué estaba haciendo allí. Le interpreto que estaba sintiendo o pensando cosas que consideraba que no podía volcar allí. Me dice que sí, que yo era un desconocido (lo expresa con cierta mezcla de temor y molestia). Le interpreto que más que un desconocido soy para ella un conocido cuya opinión teme. Asocia luego con un tío fallecido que era vivido por ella como especialmente severo, luego con la madre y también un profesor de química. En este caso el silencio equivalía a encerrarse en el baño para la masturbación, para hacer algo que debía yo desconocer. El silencio como actuación en la transferencia tenía un contenido bien determinado: era una forma de actuación de una fantasía masturbatoria que sólo aparece en forma latente en las asociaciones posteriores.

También en algunas oportunidades he observado silencios que no dicen nada, en los que predomina la impresión de distancia, de franco alejamiento. En estos casos, muchas veces la expresión verbal tiene un carácter paralelo, se diría que las palabras así como los silencios “quedan en el medio” entre el paciente y el analista. Lo interpreto como evidencia de serias fallas en la comunicación, casos en los que hay una mutua dificultad de acceso. La descripción de la situación señalando este hecho a veces en términos similares a los arriba mencionados permite un acercamiento, sea porque el enfermo retorna la expresión verbal o porque gesticula de alguna manera. Las fantasías en estos casos son de inmovilización mágica y, así como las palabras conservadas, están cargadas de significado mágico; en un caso puede comprender que la sesión para el paciente era un desafío a mi “capacidad adivinatoria”, a través de una asociación con una historieta en que dos personajes luchaban usando sus poderes hipnóticos.

Respecto a la “capacidad adivinatoria” del analista, es frecuente observarla en aquellos casos en los que se ha analizado el silencio y el paciente se ha sentido —según expresión de un enfermo— “transparente”; situación que crea angustia y que lleva al paciente a regresiones en las que podemos hacerle ver el significado del silencio. Así, por ejemplo, en un enfermo que había tenido una

madre muy frustradora que enloquece cuando él tenía 7 años, pude observar que las palabras habían perdido en algunos momentos todo significado, como comunicación y como llamado. No había podido elaborar depresivamente la pérdida de la madre “loca”, sino guardando dentro de él palabras, sonidos, imágenes (que correspondían a un doble aspecto en él de actividades musicales y cinematográficas), pero no siempre ordenadas, sino caóticas. Corresponde a lo señalado por Arminda A. de Pichon Riviére y la Dra. Alvarez de Toledo en “La música y los instrumentos musicales”: “la música es la evocación de la voz de la madre, es reeditar la relación con ella y con la naturaleza. Es superar la angustia depresiva, es poblar el silencio”; lo mismo puede decirse de la palabra.

Arminda A. de Pichon Riviére señala en su trabajo sobre “La dentición, la marcha y la palabra en relación con la posición depresiva infantil”, que “pronunciar la primera palabra significa para el niño reparar mágicamente al objeto amado, reconstruirlo interiormente y darlo al mundo exterior. Secundariamente, realiza la experiencia de que la palabra lo pone en contacto con el mundo y que es un medio de comunicación”.

En el enfermo citado el silencio era un modo de inmovilizar dentro de él sus buenos objetos y no perderlos hablando, así como en la transferencia reaccionaba contra mí, viéndome como a su padre que le exigía una actividad, trabajar en algo que para el enfermo era distraerlo de sus actividades reparatorias maternas (la música y el cine) ; así el horario de la sesión, el tener que hablar, el tener que estar recostado en el diván, eran vividos como “obligaciones” que despertaban agresión y eran “evidencia” de mi peligrosidad. Debía defenderse con el silencio.

El material de análisis de las situaciones de silencio en la relación con los pacientes, me ha llevado a plantear varios problemas, especialmente:

- a) La relación del silencio con el tiempo y el espacio, o mas concretamente con la percepción del tiempo y el espacio.
- b) El silencio y la creación intelectual.

c) El silencio y los ritos religiosos, en especial el silencio y el fenómeno místico.

El desarrollo de estos problemas excederían los límites que me propuse en estas notas, especialmente los aspectos b) y c). La relación entre el silencio y la percepción del tiempo, es observable en pacientes con aguda angustia de muerte, en los que el silencio realiza una comunicación estática, “si nada cambia, si nada ocurre, no moriré” y en la transferencia “el analista tampoco morirá”. Contratransferencialmente, sin embargo, la vivencia es de muerte, de paralización, de perezosa lentitud, de un análisis “poco vivo

RESUMEN

Acerca de la interpretación del silencio

Se considera que el silencio es una de las formas de relación analítica, junto a la palabra y al gesto. Aunque se considera la relación entre el silencio y los gestos, se destaca especialmente en este trabajo el problema transferencial y contratransferencial de la relación silenciosa en el análisis. La tesis es que los contenidos contratransferenciales y su análisis en ese momento, son el recurso interpretativo del silencio.

Se describen varios ejemplos de situaciones de silencio en distintos análisis y cómo las vivencias y fantasías del analista en ese momento, en estrecha relación con la situación de convivencia con el paciente, aunque tienen el aspecto superficial de un acting out del analista, pueden ser disueltas y utilizadas en la relación con el paciente mediante la interpretación. Interpretación que incluye no sólo el contenido sino también la forma. Se destaca la actitud

- silenciosa del paciente en ese momento, en relación con determinadas ideas o fantasías que impiden, por su índole, la verbalización.

Se señala también la existencia de silencios “que no dicen nada”. Esta situación debe también ser interpretada muchas veces en términos de vivencia contratransferencial.

La interpretación del silencio adopta, a veces un carácter “adivinatorio” inquietante no sólo para el paciente, sino que también puede ser vivido como tal por el analista, quien, en esos casos, se siente paralizado y llevado a una actitud de espera no siempre adecuada.

Se destacan a través de la descripción de los ejemplos clínicos, significados mágico-regresivos de la situación de silencio, con fantasías de inmovilización, de miedo a la pérdida de objetos valiosos. del mundo interno, de temores a dañar y ser dañado por las palabras, de poder alejar (especialmente) determinadas ideas, que la palabra “acercaría” y de duración inmóvil para postergar el contacto.

SUMMARY

On the interpretation of silence

One considers silence as a form of analytic relation, together with speech and gestures. Although the relation between silence and gestures is examined, this article emphasizes the problem of the transference and counter-transference in the silent situation in analysis. The thesis is that silence can be interpreted through the analysis of the counter-transference contents at the same moment.

Some examples of silent situations which occurred in the course of different analysis are given. One shows the way in which the analyst's experiences and phantasies at the same moment (closely related to the daily contact with the

patient), despite a superficial aspect of an “acting out” on the part of the analyst, can be dissolved and used in the analytic relation by means of interpretation, both of the content and form.

One emphasizes the silent attitude of the patient, in connection with some ideas and phantasies which their own character prevents from being verbalized.

Silences “which mean nothing” are pointed out also. This situation too has often to be interpreted in terms of Countertransference experiences.

Sometimes there seems to be a touch of “divination” about the interpretation of silence and this makes the patient feel uneasy. The analyst may experience this too, feeling paralyzed and lead to adopt an attitude of expectation not always proper.

Through the description of clinical examples, magic-regressive meanings of the silent situation are pointed out, with underlying phantasies of immobilization, of fear of loss of valuable objects of the internal world, of injuries inflicted or being inflicted by words, of keeping away (spatially) some ideas that words make “come closer”, of motionless duration in order to delay contact.

BIBLIOGRAFIA

- HEIMANN, P.: "On Countertransference". *Int. J. of Psycho-Analysis*, Londres. Vol. XXXI, 1950.
- ALVAREZ DE TOLEDO, L. G. de: "El análisis del asociar, del interpretar y de las palabras". *Rev. de Psicoanálisis*. Buenos Aires. Tomo XI, N° 3, 1954, y Tomo XLII, N° 4, 1956.
- ARMINDA A. DE PICHON RIVIERE y L. DE ALVAREZ DE TOLEDO: "La música y los instrumentos musicales". *Rev., de Psicoanálisis*. Buenos Aires, 1955. XII-2 y XLI-3.
- ARMINDA A. DE PICHON RLVIERE: "La dentition, la marche et le langage en relation avec la position dépressive". Comunicación hecha en el XX Congreso Psicoanalítico Internacional. París, julio de 1957.
- MERLEAU-PONTY: "Phénoménologie de la Perception". Gallimard. París, 1945.
- MERLEAU-PONTY: "La structure du comportement". Presses Universitaires de France. Paris, 1953.
- RACKER, ENRIQUE: "Observaciones sobre la Contratransferencia". *Rev. de Psicoanálisis*. Buenos Aires. Tomo IX, N° 3, 1952.
- GRINBERG, LEON: "Aspectos mágicos en la transferencia y en la contratransferencia". (No publicado).
- WININICOTT: "Hate in the Countertransference". *Int. J. of Psycho – Analysis*. Vol. XXX-2, 1959.

Algunas conclusiones teóricas relativas a
la vida emocional del lactante ⁽¹⁾ ⁽²⁾

MELANIE KLEIN

LONDRES

Mi estudio de la mente del lactante me ha hecho tomar conciencia más y más de La asombrosa complejidad de los procesos que actúan, en gran parte simultáneamente, en los estadios tempranos del desarrollo. Al escribir este capítulo traté por lo tanto de dilucidar tan sólo algunos aspectos de la vida emocional del lactante durante su primer año, seleccionando aquéllos más estrechamente ligados a las angustias, defensas y relaciones de objeto.

LOS PRIMEROS TRES O CUATRO MESES DE VIDA

(La posición esquizo - paranoide) ⁽³⁾

I

Al principio de la vida post - natal el lactante experimenta angustia de orígenes internos y externos. Por muchos años sostuve la idea de que la acción interna del instinto de muerte produce el temor al aniquilamiento y que esto es la causa

¹ “Some theoretical Conclusions regarding the emotional Life of the Infant”. Este trabajo constituye el capítulo VI de *Developments la PsychoAnalysis*, The Hogarth Presa Ltd., London, 1952). Agradecemos a la Dra. A. A. de Pichon Rivière (Buenos Aires) quien posee los derechos de reproducción al castellano, la autorización para publicar esta traducción. La traducción de la obra en su conjunto aparecerá en Buenos Aires próximamente.

² Para mi contribución a este *libro*, recibí valiosa ayuda de mi amiga, Lola Brook, quien revisó cuidadosamente mis manuscritos e hizo muchas sugerencias útiles, a la vez en lo que concierne a las formulaciones Y al ordenamiento del material. Mucho le debo por su interés constante en mi trabajo

³ En el capítulo IX “Notas sobre algunos *mecanismos* esquizoides” Que trata más detalladamente este tema, señalo que adopté el término de Fairbairn “esquizoide agregado al mío propio “posición paranoide”.

primaria de la angustia persecutoria. La primera causa externa de angustia puede hallarse en la experiencia del nacimiento.

Esta experiencia que, según Freud, proporciona el patrón de todas las situaciones de angustia ulteriores, marca las primeras relaciones del lactante con el mundo exterior. ⁽¹⁾ Parecería como que el dolor e incomodidad sufridos por él, así como la pérdida del estado intra - uterino, fueran sentidos como un ataque de fuerzas hostiles, es decir, una persecución. ⁽²⁾ La angustia persecutoria por lo tanto entra desde un principio en la relación del lactante con los objetos, en la medida en que está expuesto a privaciones.

La hipótesis de que las primeras experiencias del lactante relativas al alimento y a la presencia de la madre inician una relación de objeto con ella es uno de los conceptos básicos presentados en este libro. ⁽³⁾ Esta relación es primeramente una relación con un objeto parcial, porque las pulsiones oral-libidinales y oral-destructivas están dirigidas desde el principio de la vida hacia el pecho de la madre en particular. Suponemos que existe siempre una interacción, aunque en proporciones variables, entre las pulsiones libidinales y agresivas, que corresponde a la fusión de los instintos de vida y de muerte. Puede concebirse que en períodos libres de hambre y tensión, existe un equilibrio óptimo entre las pulsiones libidinales y agresivas.

Este equilibrio se altera cada vez que, debido a privaciones de origen interno o externo, las pulsiones agresivas son reforzadas. Sugiero que esta alteración del equilibrio entre libido y agresión es causa de la emoción que llamamos voracidad, la cual es primeramente y sobre todo de naturaleza oral.

¹ En *'Inhibición, Síntoma y Angustia'* (1926), p. 109, Freud declara que "existe mayor continuidad entre la vida intra-uterina y la primera infancia que lo que nos permite creer la impresionante cesura del nacimiento".

² Sugerí que la lucha entre los instintos de vida y de muerte ya entra en la experiencia dolorosa del nacimiento y refuerza la angustia persecutoria provocada por ella. Cf. capítulo VIII de *Developments in Psycho-Analysis*.

³ Cf. Capítulos III, IV y VII de *Developments in Psycho-Analysis*.

Cualquier aumento de la voracidad fortalece los sentimientos de frustración y estos, a su vez, fortalecen las pulsiones agresivas. En los niños en quienes el componente agresivo innato es fuerte, la angustia persecutoria, la frustración y la voracidad se despiertan fácilmente y esto contribuye a las dificultades del niño para tolerar la privación y manejar la angustia.

Por lo tanto, la fuerza de las pulsiones destructivas en su interacción con las pulsiones libidinales suministraría la base constitucional de la intensidad de la voracidad. Sin embargo, mientras que en algunos casos la angustia persecutoria puede aumentar la voracidad, en otros (según sugiero en **El Psicoanálisis de niños**) puede transformarse en causa de las primeras inhibiciones de la alimentación.

Las vivencias recurrentes de gratificación y frustración son estímulos poderosos de las pulsiones libidinales y destructivas, del amor y del odio. En consecuencia, en la medida que gratifica, el pecho es amado y sentido como “bueno”; y en la medida en que es fuente de frustración es odiado y sentido como “malo”. Esta antítesis marcada entre el pecho bueno y el pecho malo se debe en gran parte a la falta de integración del yo, así como a los procesos de disociación dentro del yo y de su relación al objeto. Existen por lo tanto razones para suponer que aun durante los tres o cuatro primeros meses de vida, el objeto bueno y el objeto malo no son totalmente distintos uno del otro en la mente del lactante. El pecho de la madre, en sus aspectos bueno y malo, también parece estar unido para él a su presencia corpórea, y su relación con ella como persona es en esta forma construida gradualmente a partir de este primer estudio.

Además de las experiencias de gratificación y de frustración derivadas de factores externos, una serie de procesos, endopsíquicos — principalmente introyección y proyección — contribuyen a la relación doble con el objeto primitivo. El lactante proyecta sus pulsiones de amor y las atribuye al pecho gratificador (bueno), así como proyecta sus pulsiones destructivas al exterior y

las atribuye al pecho frustrador (malo). Simultáneamente, por introyección, un pecho bueno y un pecho malo son constituidos en el interior. (¹)

En esta forma la imagen del objeto, externa e internalizada, es distorsionada en la mente del lactante por sus fantasías, ligadas a la proyección de sus pulsiones sobre el objeto. El pecho bueno, externo e interno, llega a ser el prototipo de todos los objetos auxiliadores y gratificadores; el pecho malo, el prototipo de todos los objetos perseguidores externos e internos. Los diversos factores que intervienen en el sentimiento del lactante de ser gratificado, tal como el aplacamiento del hambre, el placer de mamar, la liberación de la incomodidad y la tensión, es decir la liberación de privaciones, y la experiencia de ser amado, son todos atribuidos al pecho bueno. A la inversa, cualquier frustración e incomodidad es atribuida al pecho malo (perseguidor).

Describiré en primer término las ramificaciones de la relación del lactante' con el pecho malo. Si consideramos la imagen que existe en la mente del lactante — tal como podemos verlo retrospectivamente en el análisis de niños y adultos — hallamos que el pecho odiado adquirió las cualidades oral-destructivas de las propias pulsiones del lactante cuando éste atraviesa estados de frustración y odio. En sus fantasías destructivas muerde y desgarrar el pecho, lo devora, lo aniquila; y siente que el pecho lo atacará en esta misma forma. A medida que las pulsiones sádico-uretrales y sádico-anales se fortalecen, el lactante, en su imaginación, ataca el pecho con orina envenenada y heces explosivas, y por lo tanto supone que el pecho es envenenado y explosivo para él. Los detalles de sus fantasías sádicas determinan el contenido de su temor a los perseguidores internos y externos, y, en primer lugar, al pecho retaliativo

¹ Estos primeros objetos introyectados forman el núcleo del superyo. A mi entender el superyo arranca de los primeros procesos introyectivos Y se construye a partir de figuras buenas y malas que son internalizadas en situaciones de amor y de odio en los diversos estadios del *desarrollo* y son gradualmente asimiladas e integradas por el yo. Cf. capítulo de *Developments in Psycho-Analysis*.

(malo). (¹)

Puesto que los ataques fantaseados dirigidos contra el objeto son fundamentalmente influidos por la voracidad, el temor a la voracidad del objeto, debido a la proyección, constituye un elemento esencial de la angustia persecutoria: el pecho malo lo devorará con la misma voracidad con que él desea devorarlo.

Sin embargo, aun durante el estadio primitivo, la angustia persecutoria es en cierta medida contrarrestada por la relación del lactante con el pecho bueno. Indiqué más arriba que aunque sus sentimientos estén focalizados en la relación alimenticia con la madre, representada por su pecho, otros aspectos de la madre intervienen ya en la primera relación con ella, pues aún el lactante muy pequeño responde a la sonrisa de la madre, a sus manos, a su voz, al hecho de que lo alce en brazos o atienda sus necesidades. La gratificación y amor que el lactante experimenta en esas situaciones ayudan a contrarrestar la angustia persecutoria y aun los sentimientos de pérdida y persecución despertados por la experiencia del nacimiento. *Su proximidad física* a la madre durante la alimentación — esencialmente su relación con el pecho bueno — lo ayuda renovadamente a superar la añoranza de un estado anterior perdido, alivia la angustia persecutoria y fortalece la confianza en el objeto bueno. (Nota de capítulo N° 1).

II

Es característico de las emociones del lactante muy pequeño el ser de naturaleza extrema y fuerte. El objeto frustrador (malo) es sentido como un perseguidor terrible; el pecho bueno tiende a transformarse en el pecho “ideal” que saciaría

¹ La angustia relacionada con ataques de objetos internalizados — primeros entre los objetos parciales — constituye a mi entender la base de la hipocondría. Adelanté esta hipótesis en mi libro *El psicoanálisis de niños*, y también expuse en él mi opinión de que las angustias tempranas infantiles son de naturaleza psicótica y forman la base de ulteriores psicosis.

el deseo voraz de gratificación ilimitada, inmediata y sin fin. De esta manera se originan sentimientos de un pecho perfecto, inagotable, siempre disponible, siempre gratificador. Otro factor que interviene en la idealización del pecho *bueno* es la fuerza del temor a la persecución en el lactante; esto crea la necesidad de ser protegido contra los perseguidores y por lo tanto viene a incrementar el poder de un objeto totalmente gratificador. El pecho idealizado constituye el corolario del pecho perseguidor; y en la medida en que la idealización deriva de la necesidad de protección contra los objetos perseguidores, es un medio de 'defensa contra la angustia.

El ejemplo de la gratificación alucinatoria puede ayudarnos a comprender cómo se realiza el proceso de idealización. En este estado, la frustración y la angustia de diversos orígenes son suprimidas, el pecho externo perdido es recuperado y el sentimiento de tener el pecho ideal en el interior (poseyéndolo) es reactivado. También podemos suponer que el lactante alucina el añorado estado pre-natal. Puesto que el pecho alucinado es inagotable, la voracidad es momentáneamente satisfecha. (Pero tarde o temprano, la sensación de hambre devuelve al lactante al mundo externo y entonces la frustración, juntamente con todas las emociones que origina, es nuevamente vivenciada). En la alucinación optativa, varios mecanismos y defensas fundamentales entran en juego. Uno de ellos es el control omnipotente del objeto interno y externo, porque el yo asume la posesión total de ambos pechos, externo e interno. Además, en la alucinación, el pecho perseguidor es mantenido bien separado del pecho ideal, y la experiencia de ser frustrado de la de ser gratificado. Parece ser que este clivaje que llega a la disociación del objeto y de los sentimientos hacia él, está ligada al proceso de negación. La negación en su forma extrema — tal como la hallamos en la gratificación alucinatoria — llega al aniquilamiento de cualquier objeto o situación frustradores y está ligada al fuerte sentimiento de omnipotencia que prevalece en los primeros estadios de la vida. La situación de ser frustrado, el

objeto que la causa, los malos sentimientos originados por la frustración (así como las partes disociadas del yo) son sentidos como idos fuera de la existencia, como aniquilados y en esta forma se consigue la gratificación y el alivio de la angustia persecutoria. El aniquilamiento del objeto perseguidor y de la situación de persecución está ligado al control omnipotente del objeto en su forma extrema. Sugeriría que estos procesos también intervienen en la idealización, en cierta medida.

Parecería que el yo primitivo también emplea el mecanismo de aniquilamiento de un aspecto disociado del objeto y de la situación en otros 'estados que aquéllos de alucinaciones optativas. Por ejemplo, en alucinaciones de persecución, el aspecto *terrible* del objeto y de la situación parece prevalecer a tal punto que el aspecto bueno es sentido como si hubiera sido totalmente destruido — proceso que no puedo entrar a discutir aquí. Parecería que la medida en que el yo mantiene separados los dos aspectos varía considerablemente en diferentes estados y que de esto dependa que el aspecto negado sea o no sentido como si hubiera desaparecido por completo de la existencia.

La angustia persecutoria influye esencialmente en dichos procesos. Podemos suponer que cuando la angustia persecutoria es menos fuerte, la disociación es de menor alcance y por lo tanto el yo es capaz de integrarse y sintetizar en cierta medida los sentimientos hacia el objeto. Bien pudiera ser que cada uno de estos pasos hacia la integración sólo se produjera si, en ese momento, el amor hacia el objeto predominara sobre las pulsiones destructivas (en última instancia, el instinto de vida sobre el instinto de muerte). La tendencia del yo a integrarse puede por lo tanto, creo, ser considerada como una expresión del instinto de vida.

La síntesis entre sentimientos de amor y pulsiones destructivas hacia un único y mismo objeto —el pecho— origina la angustia depresiva, la culpabilidad y la necesidad de reparar el objeto bueno dañado, el pecho bueno.

Esto implica que la ambivalencia es a veces vivenciada en relación con un objeto parcial —el pecho de la madre—. ⁽¹⁾ Durante los primerísimos meses de vida, esos estados de integración son de corta duración. En este estadio, la capacidad de integración del yo es naturalmente muy limitada aún y a ello contribuye la fuerza de la angustia persecutoria y de los procesos de disociación que se hallan en su apogeo. Parecería que, paralelamente al crecimiento, las experiencias de síntesis, y por lo tanto, de angustia depresiva, se hacen más frecuentes y duran mayor tiempo; todo esto forma parte del desarrollo de la integración. Con el progreso en la integración y síntesis de emociones contrastantes hacia el objeto, la libido llega a mitigar las pulsiones destructivas. ⁽²⁾ Esto sin embargo, conduce a una *disminución efectiva* de la angustia, lo cual constituye una condición fundamental del desarrollo normal.

Según sugerí, existen grandes variaciones en la fuerza, frecuencia y duración de los procesos de disociación (no solamente en individuos distintos sino también en un mismo lactante en distintos momentos). La acción en rápida alternancia, o aún, parecería simultánea, de una multitud de procesos, es parte de la complejidad de la vida emocional temprana. Por ejemplo, podemos ver que juntamente con la disociación del pecho en dos aspectos, amado y odiado (bueno y malo), existe una disociación de distinta naturaleza que origina el sentimiento de que el yo, así como su objeto, está despedazado; estos procesos sustentan los estados de desintegración. ⁽²⁾ Estos estados, como lo señalé más arriba, alternan con otros en los que va en aumento el grado de integración del yo y la síntesis del objeto.

¹ En mi artículo “Contribución al génesis de los estadios maníaco-depresivos” sugiero que la ambivalencia es vivenciada por primera vez en relación con el objeto total durante la posición depresiva. De acuerdo a la modificación de mi opinión respecto al surgimiento de la angustia depresiva (Cf. cap. VIII de *Developments in Psycho-Analysis*) considero ahora que también la ambivalencia es vivenciada con respecto a objetos parciales.

² Esta forma de interacción de la libido y de la agresión correspondería a un estado particular de fusión de los dos instintos.

² Cf. capítulo IX de *Developments to Psycho-Analysis*.

‘Los métodos disociativos tempranos influyen fundamentalmente en la forma en que interviene la represión, en un estadio algo ulterior; y esto a su vez determina el grado de interacción entre lo consciente y lo inconsciente. En otros términos, la medida en que las distintas partes de la mente permanecen ‘porosas’ en relación unas con otras es determinada en gran parte por la fuerza o la debilidad de los mecanismos esquizoides tempranos. ⁽¹⁾ Los factores externos desempeñan un papel vital desde el principio; pues razones tenemos para suponer que cada estímulo del temor a la persecución refuerza los mecanismos esquizoides, es decir la tendencia del yo a disociarse a si mismo y disociar al objeto, mientras que cada experiencia positiva fortalece la confianza en el objeto bueno y contribuye a la integración del yo y síntesis del objeto.

III

Algunas de las conclusiones de Freud implican que el yo se desarrolla mediante la introyección de objetos. En lo que concierne a la fase más temprana, el pecho bueno, introyectado en situaciones de gratificación y felicidad, llega a ser, a mi entender, parte vital del yo y fortalece su capacidad de *integración*. En efecto, este pecho bueno interno — que también compone el aspecto auxiliador y benigno del temprano superyo— fortalece la capacidad de amar del lactante y la confianza en sus objetos, exalta los estímulos hacia la introyección de objetos y situaciones buenos y es por lo tanto una fuente esencial del reaseguramiento contra la angustia; llega a ser el representante interior del instinto de vida. El objeto bueno sin embargo llena estas funciones solamente si es sentido como no dañado, lo cual implica que haya sido

¹ En pacientes de tipo esquizoide, hallé que la fuerza de los mecanismos esquizoides infantiles era responsable en última instancia de la dificultad de acceso al inconsciente. En tales pacientes, el progreso hacia la síntesis es trabado por ‘el hecho de que bajo la presión de la angustia, se tornan incapaces una y otra vez de mantener los lazos fortalecidos en el transcurso del análisis entre las diferentes partes de ellos mismos. En pacientes de tipo depresivo, la división entre lo inconsciente y lo consciente es menos pronunciada y por lo tanto estos pacientes son mucho más capaces de “insight”. A mi entender, han superado con mucho más éxito sus mecanismos esquizoides en la temprana infancia.

internalizado con sentimientos predominantes de gratificación y amor. Estos sentimientos presuponen que la gratificación al mamar haya sido relativamente libre de disturbios provenientes de factores externos o internos. La fuente principal de disturbios internos se halla en las excesivas pulsiones agresivas que aumentan la voracidad y disminuyen la capacidad de tolerar la frustración. En otros términos, cuando, en la fusión de los dos instintos, el instinto de vida predomina sobre el instinto de muerte —y por lo tanto la libido sobre la agresión— el pecho bueno puede quedar establecido en forma más segura en la mente del lactante.

Sin embargo, los deseos sádico-orales del lactante, activos desde el principio de la vida y fácilmente despertados por la frustración de origen externo e interno, inevitablemente una y otra vez producen el sentimiento de que el pecho se halla destruido y despedazado en su interior, como consecuencia de sus voraces ataques devoradores. Estos dos aspectos de la introyección existen lado a lado.

El hecho de que los sentimientos de frustración o gratificación predominen en la relación del lactante con el pecho es sin duda grandemente influido por las circunstancias externas; pero no podemos dudar que deben tenerse en cuenta los factores constitucionales, que desde un principio contribuyen a fortalecer el yo. Sugerí anteriormente que la capacidad del yo para tolerar la tensión y la angustia y por lo tanto, en cierta medida, tolerar la frustración, es un factor constitucional. (¹) Esta mayor capacidad innata para tolerar la angustia parece en última instancia depender del predominio de la libido sobre las pulsiones agresivas, del papel desempeñado por el instinto de vida desde un principio en la fusión de los dos instintos.

Mi hipótesis de que la libido oral expresada en la función de mamar capacita al lactante para introyectar el pecho (y pezón) como objeto relativamente indemne, no contradice la suposición de que las pulsiones

agresivas son más potentes en los estadios más primitivos.

Los factores que influyen en la fusión y defusión de los dos instintos son aún oscuros, pero no hay razón para dudar de que en relación con el primer objeto—el pecho— el yo es a veces capaz, mediante la disociación, de separar la libido de la agresión. ⁽²⁾

Volveré ahora sobre el papel que desempeña la proyección en las vicisitudes de la angustia persecutoria. Describí en otro lugar ⁽³⁾ la forma en que las pulsiones sádico-orales de devorar y vaciar el pecho materno son elaboradas en fantasías de devorar y vaciar el cuerpo de la madre. Ataques derivados de todas las demás fuentes de sadismo quedan pronto ligados a esos ataques orales y así se desarrollan dos principales líneas de fantasías sádicas. Una forma de ataque fantaseado —principalmente sádico-oral y ligada a la voracidad— consiste en vaciar el cuerpo de la madre de todo lo bueno y deseable. La otra —predominantemente anal— consiste en llenar el cuerpo materno con sustancias malas y partes de las personas que fueron disociadas y proyectadas en el interior de la madre. Estas sustancias y partes malas son mayormente representadas por los excrementos que se transforman en instrumentos de daño, destrucción o control del objeto atacado. O bien la persona entera —sentida como “mala”— entra en el cuerpo materno y lo controla. En estas distintas fantasías el yo se posesiona por la proyección de un objeto externo —en primer lugar de la madre— y lo transforma en una extensión de la propia persona. El objeto se transforma, hasta cierto punto, en representante del yo, y estos procesos

¹ Cf. *El psicoanálisis de niños*. Capítulo 3, p. 66.

² Mi argumentación (tal como está presentada aquí y en otros escritos) sobreentiende que no comparto el concepto de Abraham de un estado pro-ambivalente en la medida en que esto implica que las pulsiones destructivas (sádico-orales) aparecen con la dentición. Debemos recordar sin embargo que Abraham también señaló el sadismo inherente al mamar “como acto de vampirismo”. No hay duda de que la dentición y los procesos fisiológicos que afectan a las encías constituyen un fuerte estímulo de las pulsiones y fantasías canibalísticas; pero *la agresión forma parte* de la más primitiva relación del lactante con el pecho, aunque en ese estadio no se exprese generalmente por el morder.

³ Cf. *El psicoanálisis de niños*, p. 145.

constituyen a mi entender la base de la identificación por proyección o “identificación proyectiva”. ⁽¹⁾ La identificación por introyección y la identificación por proyección parecen ser procesos complementarios. Los procesos que sustentan la identificación proyectiva operarían ya en la primitiva relación con el pecho. El mamar “como acto de vampirismo”, *el vaciar el pecho, se desarrollan en la fantasía del lactante como un abrirse camino dentro del pecho y luego dentro del cuerpo materno.* Por lo tanto la identificación proyectiva empezaría simultáneamente con la introyección sádico-oral voraz del pecho. Esta hipótesis concuerda con la opinión a menudo expresada por mí de que la introyección y la proyección interactúan desde el principio de la vida. Como hemos visto, la introyección de un objeto perseguidor es en cierta medida determinada por la proyección de una pulsión destructiva en el objeto. La tendencia a proyectar (expulsar) lo malo es incrementada por el temor a los perseguidores internos. Cuando la proyección es dominada por el temor a la persecución, el objeto en que ha sido proyectado lo malo (las partes malas de la persona) se transforma en el perseguidor *par excellence* ⁽²⁾, porque se le ha dotado de todas las malas cualidades del sujeto. La re-introyección de este objeto refuerza agudamente el temor de los perseguidores internos y externos. (El instinto de muerte, o más bien, los peligros que le acompañan, ha sido nuevamente vuelto hacia adentro). Existe así una constante interacción entre el temor a la persecución relacionada con los mundos interno y externo; interacción en la que los procesos involucrados en la identificación proyectiva desempeñan un papel vital.

La proyección de los sentimientos de amor —que sustentan el proceso de inversión de la libido en el objeto— es, según lo sugerí, la condición preliminar al hallazgo de un objeto bueno. La introyección de un objeto bueno estimula la proyección de sentimientos buenos hacia el exterior y esto, a su vez, por re-

¹ Cf. Capítulo IX de *Developments in Psycho-Analysis*.

² En francés en el texto (N. del T.).

introyección, fortalece el sentimiento de poseer un objeto bueno interno. A la proyección de una persona mala en el objeto y en a mundo externo, corresponde la proyección de partes buenas de la persona, o de la totalidad de la persona buena. La re-introyección del objeto bueno reduce la angustia persecutoria. Así pues la relación con ambos mundos interno y externo mejora simultáneamente y el yo adquiere mayor fuerza e integración.

El progreso en la integración que, según sugiero en un párrafo anterior, depende de la predominancia temporaria de las pulsiones de amor sobre las pulsiones destructivas, conduce a estados transitorios en los que el yo sintetiza sentimientos de amor y pulsiones destructivas hacia un objeto (en primer lugar el pecho materno). Este proceso de síntesis inicia ulteriores pasos de importancia en el desarrollo (que bien pueden producirse simultáneamente) surgen las penosas emociones de la angustia depresiva y de la culpabilidad; la agresión es mitigada por la libido; en consecuencia, disminuye la angustia persecutoria; la angustia relativa al destino del objeto externo e interno en peligro conduce a una identificación más fuerte con él; por lo tanto el yo lucha por reparar y también inhibe las pulsiones agresivas sentidas como peligrosas para el objeto amado. (¹)

Con la creciente integración del yo, las experiencias de angustia depresiva aumentan en frecuencia y duración. Simultáneamente, a medida que aumenta el alcance de la percepción, el concepto de madre como persona única y total se desarrolla en la mente del lactante a partir de una relación con partes de su cuerpo y varios aspectos de su personalidad (como ser su olor, tacto, voz, sonrisa, el ruido de sus pasos, etc.). La angustia depresiva y la culpabilidad gradualmente se focalizan en la madre como persona y aumentan en intensidad;

¹ Abraham se refiere a la inhibición instintual que aparece primeramente en “. . . el estadio de narcisismo con objetivo sexual canibalístico” (“Breve estudio del desarrollo de la libido”, p. 496). Puesto que la inhibición de las pulsiones agresivas y de la voracidad tiende a involucrar igualmente deseos libidinales, la angustia depresiva se transforma en causa de aquellas dificultades para aceptar el alimento que se presentan en lactantes de pocos meses y aumentan con el destete. En lo que atañe a las dificultades en la alimentación que se presentan en algunos lactantes desde los primeros días, creo que sean causadas por la angustia persecutoria. (Cf. *El psicoanálisis de niños*, p. 178).

la posición depresiva viene a colocarse en primer plano.

IV

Describí hasta ahora ciertos aspectos de la vida mental durante los primeros tres o cuatro meses. (Debe recordarse, sin embargo, que sólo puede darse una apreciación grosera de la duración de los estadios del desarrollo en razón de las grandes variaciones individuales). En la descripción de este estadio, tal como lo presento, algunos rasgos se destacan como característicos. Predomina la posición esquizo-paranoide. La interacción entre los procesos de introyección y proyección —re-introyección y re-proyección— determina el desarrollo del yo. La relación con el pecho amado y odiado —bueno y malo— constituye la primera relación de objeto del lactante. Las pulsiones destructivas y la angustia persecutoria se hallan en su apogeo. El deseo de ilimitada gratificación así como la angustia persecutoria contribuyen a que el lactante sienta que existen a la vez un pecho ideal y un pecho devorador peligroso, que se hallan cuidadosamente separados uno de otro en su mente. Estos dos aspectos del pecho materno son introyectados y constituyen el núcleo del superyo. La disociación, la omnipotencia, la idealización, la negación y el control de los objetos internos y externos dominan en este estadio. Estos primeros métodos de defensa son de naturaleza extrema, de acuerdo con la intensidad de las emociones tempranas y la limitada capacidad del yo para tolerar la angustia aguda. Al mismo tiempo que estas defensas, en cierto modo, obstruyen el camino de la integración, son esenciales para el total desarrollo del yo, porque alivian una y otra vez las angustias del lactante pequeño. Esta seguridad relativa y temporaria se logra principalmente manteniendo el objeto perseguidor separado del objeto bueno. La presencia en la mente del objeto bueno (ideal) permite al yo conservar por momentos fuertes sentimientos de amor y de gratificación. El objeto bueno también ofrece protección contra el objeto perseguidor porque el lactante siente

que lo ha reemplazado (como lo muestra el ejemplo de la alucinación optativa). Estos procesos sustentan, creo, el hecho observable de que los lactantes pequeños oscilan con suma rapidez entre estados de gratificación completa y estados de fuerte angustia. En este estadio primitivo, la habilidad del yo en el manejo de la angustia mediante la unión de las emociones contrastantes hacia la madre y por lo tanto de los dos aspectos de ésta, es muy limitada aún. Esto implica que la atenuación del temor al objeto malo por medio de la confianza en el objeto bueno y la angustia depresiva sólo surgen durante fugaces vivencias. A partir de los procesos alternados de desintegración e integración se desarrolla gradualmente un yo más integrado, con mayor capacidad para el manejo de la angustia persecutoria. La relación del lactante con partes del cuerpo de la madre, focalizada en su pecho, se transforma gradualmente en una relación con ella como persona.

Estos procesos presentes en la primerísima infancia pueden ser considerados bajo los siguientes encabezamientos:

a) Un yo que posee ciertos rudimentos de integración y cohesión y progresa constantemente en esa dirección. También asegura, desde los comienzos de la vida post-natal, algunas funciones fundamentales; por ejemplo hace de los procesos dissociativos y de la inhibición de deseos instintuales algunas de sus defensas contra la angustia persecutoria, vivenciada por el yo a partir de] nacimiento.

b) Relaciones de objeto, modeladas por la libido y la agresión, por el amor y el odio, y penetradas por una parte por la angustia persecutoria y por la otra por el corolario de aquélla, o sea la seguridad omnipotente que deriva de la idealización del objeto.

e) Introyección y proyección, ligadas a la vida de fantasía del lactante y a todas sus emociones, y por lo tanto objetos internalizados de naturaleza buena o mala, que inician el desarrollo del superyo.

A medida que el yo adquiere mayor capacidad para tolerar la angustia, los métodos de defensa se modifican paralelamente. A ello contribuye el creciente sentido de realidad y el más amplio alcance de la gratificación, de los intereses y relaciones de objeto. Disminuye la fuerza de las pulsiones destructivas y de la angustia persecutoria; se fortalece la angustia depresiva y llega a su climax durante el período que describiré en la parte siguiente.

LA POSICION DEPRESIVA INFANTIL

I

Durante el segundo trimestre del primer año, determinados cambios en el desarrollo intelectual y emocional del lactante se hacen más marcados. Su relación con el mundo externo, con las personas así como con las cosas, se vuelve más diferenciada. El alcance de sus gratificaciones e intereses se amplía y aumenta el poder de expresión de sus emociones y de comunicación con las personas. Estos cambios observables evidencian un desarrollo gradual del yo. La integración, la conciencia, las capacidades intelectuales, la relación con el mundo externo y otras funciones del yo se desarrollan firmemente. Al mismo tiempo progresa la organización sexual del lactante; las tendencias uretrales, anales y genitales adquieren fuerza, aunque los impulsos y deseos orales predominan aún. Así, pues, existe una confluencia de distintas fuentes de libido y agresión, que cobra la vida emocional del lactante y hace aparecer en primer plano varias situaciones de angustia nuevas; la línea de las fantasías se amplía, se tornan éstas más elaboradas y diferenciadas. Paralelamente ocurren cambios importantes en la naturaleza de las defensas.

Todos estos progresos se reflejan en la relación del lactante con su madre (y en cierta medida con su padre y otras personas).

La relación con la madre como persona, que se ha ido desarrollando

gradualmente mientras el pecho figuraba como el principal objeto, se establece más firmemente y la identificación con ella se fortalece cuando el lactante llega a percibir e introyectar a su madre como persona (o, en otras palabras, como “objeto total”).

Mientras que cierto grado de integración es condición previa para poder el yo introyectar a la madre y al padre como personas totales, el desarrollo ulterior en la línea de la integración y síntesis se inicia al colocarse en primer plano la posición depresiva. Los varios aspectos —amor y odio, bueno y malo— de los objetos se unen y esos objetos son ahora *personas* totales. Estos procesos de síntesis actúan en la totalidad del terreno de las relaciones de objeto externas e internas. Comprenden los aspectos contrastantes de los objetos internalizados (el primitivo superyo) por una parte, y de los objetos externos por la otra; pero el yo es también llevado a disminuir la discrepancia entre el mundo externo e interno, o más bien la discrepancia entre las imágenes externas e internas. Al mismo tiempo que estos procesos de síntesis, se producen ulteriores progresos en la integración del yo que conducen a una mayor coherencia entre las partes disociadas del yo. Todos estos procesos de integración y síntesis hacen que el conflicto entre el amor y el odio aparezca en plena luz. La angustia depresiva y los sentimientos de culpa resultantes se modifican no sólo en cantidad sino en calidad. La ambivalencia es ahora vivenciada predominantemente hacia un objeto total. Se produce un acercamiento del amor y del odio, del pecho “bueno” y del “malo”; la madre “buena” y la madre “mala” ya no pueden ser mantenidas tan separadas como en el estadio primitivo. Aunque el poder de las pulsiones destructivas disminuye, estas pulsiones son sentidas como un gran peligro para el objeto amado, percibido ahora como persona. La voracidad y las defensas contra ésta desempeñan importante papel en este estadio, pues la angustia de perder irreparablemente el objeto amado e indispensable tiende a aumentar la voracidad. Esta, sin embargo, es sentida como incontrolable y

destruktiva, como amenaza a los objetos externos e internos. El yo por lo tanto inhibe más y más los deseos instintuales y esto puede conducir a serias dificultades del lactante para gustar o aceptar el alimento, ⁽¹⁾ y ulteriormente a serias inhibiciones en el establecimiento de relaciones tanto de afecto *como eróticas*.

Los pasos hacia la integración y síntesis descritos más arriba conducen a una mayor capacidad del yo para reconocer la realidad psíquica, cada vez más desgarradora. La angustia con respecto a la madre internalizada, sentida como dañada, sufriendo, en peligro de aniquilamiento o ya aniquilada y perdida para siempre, conduce a una identificación más fuerte con el objeto dañado. Esta identificación fortalece a la vez la necesidad de reparar y las tentativas del yo de inhibición de las pulsiones agresivas. Una y otra vez el yo utiliza la defensa maníaca. Como ya visto, la negación, la idealización, la disociación y el control de los objetos internos y externos son utilizados por el yo con el fin de neutralizar la angustia persecutoria. Estos métodos omnipotentes son, en cierta medida, conservados al surgir la posición depresiva, pero son utilizados entonces predominantemente con el fin de neutralizar la angustia depresiva. También sufren cambios de acuerdo a los progresos hacia la integración y síntesis, es decir que se tornan menos extremos y corresponden mejor a la creciente capacidad del yo para afrontar la realidad psíquica. Con esta forma y objetivo alterados, aquellos métodos primitivos constituyen ahora la defensa maníaca.

Frente a una multitud de situaciones de angustia, el yo tiende a negarlas y, cuando la angustia es máxima, el yo llega hasta a negar que pueda amar al objeto en forma alguna. El resultado puede ser una supresión duradera del amor, el apartarse de los objetos primitivos y un incremento de la angustia

¹ Estas dificultades frecuentemente observables en lactantes, particularmente durante el destete (es decir al reemplazar el pecho por el biberón o al agregar nuevos alimentos a este último, etc.) pueden considerarse como el síntoma depresivo bien conocido en la sintomatología de los estados depresivos. Este punto es tratado con algún detalle en el capítulo VII de *Developments in Psycho-Analysis*. Cf. igualmente nota al pie de la página 330.

persecutoria, es decir una regresión a la posición esquizo-paranoide. ⁽¹⁾

Las tentativas del yo de control de los objetos externos e internos —método que en la posición esquizo-paranoide es principalmente dirigido contra la angustia persecutoria— también sufren cambios. Cuando la angustia depresiva posee el ascendiente, el control de objetos e impulsos es principalmente utilizado por el yo con el fin de prevenir la frustración, impedir la agresión y el consiguiente peligro para los objetos amados, es decir, mantener a raya la angustia depresiva.

También hay diferencia en el uso de la disociación del objeto y de la persona. El yo, a pesar de que los primitivos métodos de disociación en cierta medida se mantienen, divide ahora el objeto total en un objeto indemne vivo y un objeto dañado y en peligro (moribundo quizá, o muerto); así la disociación llega a ser principalmente una defensa contra la angustia depresiva.

Al mismo tiempo ocurren progresos importantes en el desarrollo del yo, los que no sólo capacitan al yo para establecer defensas más adecuadas contra la angustia sino que logran eventualmente una disminución efectiva de la angustia. La experiencia continua de enfrentamiento de la realidad psíquica, implicada en la elaboración de la posición depresiva, aumenta en el lactante la comprensión del mundo externo. Paralelamente, la imagen de los padres, en un principio distorsionada en figuras idealizadas y terribles, gradualmente se aproxima a la realidad.

Según discutí en párrafos anteriores, cuando el lactante introyecta una realidad externa más tranquilizadora, progresa su mundo interno; y esto a su vez

¹ Esta regresión primitiva puede ocasionar serios disturbios en el desarrollo temprano, por ejemplo la deficiencia mental. (Cf. capítulo IX de *Developments in Psycho-Analysis*) y puede constituir la base de alguna forma de enfermedad esquizofrénica. Otro posible resultado del fracaso en la elaboración de la posición depresiva infantil es la enfermedad maníaco-depresiva o bien una neurosis grave puede resultar de ello. Sostengo por lo tanto que la posición depresiva infantil es de central importancia en el desarrollo del primer año.

por proyección mejora su imagen del mundo externo. Por lo tanto, gradualmente, a medida que el lactante re-introyecta una y otra vez un mundo externo más realista y tranquilizador y también, en cierta medida, establece dentro de sí objetos totales e indemnes, se producen desarrollos esenciales en la organización del superyo. Sin embargo, a medida que se unen los objetos internos buenos y malos — al ser los aspectos malos atenuados por los buenos — se altera la relación entre el yo y el superyo, es decir, se produce una asimilación progresiva del superyo por el yo. (Nota de Capítulo N° 2).

En este estadio, el deseo de reparar el objeto dañado entra en juego de lleno. Según lo hemos visto anteriormente, esta tendencia se halla inextricablemente ligada a sentimientos de culpabilidad. Al sentir el lactante que sus pulsiones y fantasías de destrucción están dirigidos contra la persona total de su objeto amado, surge la culpa en toda su fuerza y, junto *con* ella, la necesidad insaciable de reparar, preservar o revivir el objeto amado dañado. En mi opinión, estas emociones conducen a estados de *duelo*, y las defensas movilizadas a tentativas por *parte* del yo de sobreponerse al duelo.

Puesto que la tendencia a reparar deriva en última instancia del instinto de vida, origina fantasías y deseos libidinales. Esta tendencia forma parte de todas las sublimaciones y constituirá, a partir de este estadio en adelante, el medio más poderoso por el cual la depresión es mantenida a raya y disminuida.

Parece que no existiera aspecto alguno de la vida mental en los estadios tempranos que no sea utilizado por el yo como defensa contra la angustia. También la tendencia a reparar, utilizada en un principio en forma omnipotente, es transformada en defensa. El sentimiento (fantasía) del lactante puede describirse como sigue: “Mi madre está desapareciendo, tal vez no vuelva nunca, está sufriendo, está muerta. No, esto no puede ser, porque yo puedo revivirla”.

La omnipotencia decrece a medida que el lactante gradualmente adquiere mayor confianza a la vez en sus objetos y en sus poderes de reparación. (1) Siente que todas las etapas del desarrollo, todo nuevo logro, placen a los que lo rodean y que en esta forma expresa su amor, compensa o anula el daño hecho por sus pulsiones agresivas y repara sus objetos amados dañados.

En esta forma quedan establecidas las bases del desarrollo normal: se ensanchan las relaciones con las demás personas, disminuye la angustia de persecución relativa a los objetos internos y externos, se establecen más firmemente los objetos buenos internos, lo que trae aparejado un sentimiento de mayor seguridad; todo lo cual fortalece y enriquece el yo. El yo más fuerte y coherente, aunque haga mayor uso de la defensa maníaca, une repetidamente y sintetiza los aspectos disociados del objeto y de la persona. Gradualmente, los procesos de disociación y de síntesis se aplican a aspectos mantenidos menos apartados unos de otros; aumenta la percepción de la realidad y los objetos aparecen bajo una luz más realista. Todos estos progresos conducen a una creciente adaptación a la realidad externa e interna. (2)

Se produce un cambio paralelo en la actitud del lactante con respecto a la frustración. Tal como lo hemos visto, en el estadio más primitivo el aspecto malo perseguidor de la madre (su pecho) representaba en la mente del lactante todo lo que frustra y daña, tanto interno como externo. A medida que aumenta en el lactante el sentido de la realidad en relación con sus objetos y su confianza en ellos, se vuelve más capaz de distinguir entre la frustración impuesta desde el

¹ Puede observarse tanto en análisis de *adultos* como de niños que, juntamente con una vivencia depresiva total, surgen sentimientos de esperanza. En el desarrollo temprano, éste es uno de los factores que ayudan al lactante a superar la posición depresiva.

² Sabemos que la disociación bajo la presión de la ambivalencia persiste en cierta medida en el transcurso de la vida y desempeña un papel importante en la economía mental normal.

exterior, y los peligros internos fantaseados. Paralelamente el odio y la agresión se relacionan más estrechamente con la frustración o daño reales derivados de factores externos. Esto constituye un paso hacia un método más realista y objetivo de manejo de su propia agresión, que despierta menos culpa y en último término capacita al niño tanto para vivenciar como para sublimar su agresión en una forma más ego-sintónica.

Además, esta actitud más realista frente a la frustración — que implica la disminución de la angustia persecutoria relacionada con los objetos internos y externos — conduce a una mayor capacidad del lactante para re-establecer una buena relación con la madre y otras personas cuando la vivencia de frustración no actúa va. En otras palabras, la creciente adaptación a la realidad — ligada a cambios del funcionamiento de la introyección y proyección — tiene por resultado una relación más segura con el mundo externo e interno. Esto conduce a una disminución de la ambivalencia y agresión, lo que permite al deseo de reparación entrar de lleno en juego. En estas diversas formas el proceso de duelo que surge de la posición depresiva es gradualmente elaborado.

Cuando el lactante alcanza el estado crucial comprendido entre los tres y seis meses de edad y se enfrenta con los conflictos, culpa y pena inherentes a la posición depresiva, su capacidad de manejo de la angustia se halla en cierto grado determinada por su desarrollo anterior; es decir, por la medida en la que durante los tres o cuatro primeros meses de vida fue capaz de tomar y establecer dentro de sí el objeto bueno que forma el núcleo de su yo. Si este proceso fue exitoso — lo cual implica que la angustia persecutoria y los procesos disociativos no son excesivos y que cierto grado de integración ha sido alcanzado — gradualmente pierden fuerza la angustia persecutoria y los mecanismos esquizoides, puede el yo introyectar y establecer el objeto bueno total y atravesar la posición depresiva. Pero si el yo es incapaz de manejar las numerosas situaciones de angustia que surgen en este estadio — fracaso determinado tanto por factores internos fundamentales como por experiencias

externas — una marcada regresión desde la posición depresiva a la anterior posición esquizo-paranoide puede ocurrir. Esto también trabaría los procesos de introyección del objeto total y afectaría el desarrollo durante el primer año de vida y toda la niñez.

II

Mi hipótesis de la posición depresiva infantil descansa en los conceptos psicoanalíticos básicos, relativos a los primeros estadios de vida; es decir, la introyección primaria y la preponderancia de la libido oral y pulsiones canibalísticas en los lactantes pequeños. Estos descubrimientos de Freud y Abraham contribuyeron substancialmente a la comprensión de la etiología de las enfermedades mentales. Desarrollando estos conceptos y relacionándolos con la comprensión del lactante, tal como surge del análisis de niños pequeños, llegué a entender la complejidad de los procesos y vivencias primarios y su efecto en la vida emocional del lactante; y esto a su vez debía arrojar mayor luz sobre la etiología de los disturbios mentales. Una de mis conclusiones ha sido que existe un lazo particularmente estrecho entre la posición depresiva infantil y los fenómenos de duelo y melancolía. (¹)

Siguiendo el trabajo de Freud sobre la melancolía, Abraham señaló una de las diferencias fundamentales entre el duelo normal por una parte y el duelo anormal por la otra. (Nota de Capítulo N° 3). En el duelo normal el individuo llega a establecer la persona amada y perdida dentro de su yo, mientras que en la melancolía y en el duelo anormal este proceso fracasa. También describe Abraham algunos de los factores fundamentales de los que depende el éxito o el fracaso de este proceso. Si las pulsiones canibalísticas son excesivas, no llega a

¹ Con respecto a la relación de la posición depresiva infantil con los estados maniaco-depresivos por *una* parte y con el duelo normal por la otra, ver mis artículos: “Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos” y “El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos”.

término la introyección del objeto bueno perdido y esto conduce a la enfermedad. En el duelo normal también el sujeto es llevado a instalar nuevamente la persona amada y perdida en su yo, pero en este caso el proceso es exitoso. *No* solamente las catexias relativas al objeto amado y perdido son retiradas y re-investidas, como lo dice Freud, sino que durante este proceso el objeto perdido es establecido en el interior.

En mi artículo “El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos”, expreso la siguiente opinión: “Mi experiencia me ha llevado a la conclusión que, si bien es cierto que el rasgo normal del duelo es el establecimiento por el individuo del objeto amado y perdido dentro de sí, no está haciéndolo por primera vez, sino que, a través del trabajo del duelo, está re-instalando ese objeto así como todos *sus* objetos *internos* amados que siente haber perdido”. Cada vez que surge la pena, ésta mina el sentimiento de segura posesión de los objetos amados internos, porque reactiva las angustias tempranas por los objetos dañados y destruidos por un mundo interno despedazado. Los sentimientos de culpa y la angustia — posición depresiva infantil — son reactivados en toda su fuerza. Una re-instalación exitosa del objeto amado *externo* por el que hay duelo y cuya introyección es intensificada a través del proceso del duelo, implica que los objetos amados *internos* son restaurados y recuperados. Por lo tanto la vuelta a la realidad característica del proceso de duelo constituye no solamente el medio de renovar los lazos con el mundo externo sino también de *restablecer el mundo interno destruido*. El duelo involucra en esta forma una repetición de la situación emocional vivenciada por el lactante en la posición depresiva. Porque presionado por el temor a perder la madre amada, el lactante lucha con la tarea de establecer e integrar su mundo interno y construir sólidamente los objetos buenos dentro de sí.

Uno de los factores fundamentales que determinan si la pérdida del objeto amado (por muerte u otras causas) conducirá a la enfermedad maníaco-depresiva o será normalmente superada consiste, de acuerdo a mi experiencia,

en el grado de éxito de la elaboración de la posición depresiva durante el primer año de vida y en la firme introyección de los objetos buenos en el interior. La posición depresiva está ligada a cambios fundamentales de la organización libidinal del lactante, pues durante este período (alrededor de la mitad del primer año) el lactante entra en los estadios tempranos del complejo de Edipo positivo y negativo. Me limitaré aquí a trazar tan sólo un rápido esbozo al describir los estadios tempranos del complejo de Edipo. (¹)

Estos estadios tempranos están caracterizados por el papel importante que siguen desempeñando los objetos parciales en la mente del lactante mientras éste va estableciendo la relación con los objetos totales. Además, a pesar de que los deseos genitales están llegando a un primer plano, predomina aún la libido oral. Poderosos deseos orales, incrementados por la frustración vivenciada en la relación con la madre, son transferidos del pecho materno al pene del padre. (²) Los deseos genitales en los lactantes de ambos sexos se unen a los deseos orales, lo que trae aparejado una relación oral, así como genital, con el pene del padre. Los deseos genitales se dirigen también hacia la madre. Los deseos del pene paterno están ligados a los celos de la madre porque siente el lactante que ésta recibe el objeto codiciado. Estas múltiples emociones y deseos en ambos sexos sustentan el complejo de Edipo, positivo y negativo.

Otro aspecto de los estadios tempranos del Edipo está ligado al papel esencial desempeñado en la mente del lactante por el “interior” de la madre y el suyo propio. Durante el período precedente en el que prevalecían las pulsiones destructivas (posición esquizo-paranoide) la necesidad del lactante de penetrar en el cuerpo materno y posesionarse de su contenido es de naturaleza

¹ Ver capítulo IV 2ª. parte de *Developments in Psycho-Analysis*. El desarrollo del Edipo se halla descrito detalladamente en *El psicoanálisis de niños* (Cap. 8 en particular); y también en mis artículos “Estadios tempranos del complejo de Edipo” y “El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas”.

² En “Breve estudio del desarrollo de la libido” (1924), p. 490, Abraham escribe: “Otro punto que debe señalarse en relación con la parte del cuerpo que ha sido introyectada, es que el pene es regularmente asimilado al pecho materno y que otras partes del cuerpo como ser dedos, pie, cabello, heces y nalgas pueden en forma secundaria reemplazar a aquellos dos órganos.”

predominantemente oral y anal. Esta necesidad es activa aún en el estadio siguiente (posición depresiva) pero al aumentar los deseos genitales, se dirige mayormente hacia el pene paterno (igualado con bebés y materias fecales) el que, cree, debe estar ‘contenido dentro del cuerpo de la madre. Simultáneamente los deseos orales del pene paterno conducen a su internalización y así el pene internalizado (a la vez objeto bueno y objeto malo) pasa a desempeñar un papel importante en el mundo objetal interno del lactante.

Los estadios tempranos del desarrollo del Edipo son muy complejos: convergen deseos de distintos orígenes; estos deseos se dirigen a objetos parciales así como a objetos totales; el pene del padre, codiciado y odiado, existe no sólo como parte del cuerpo del padre sino que el lactante siente que está simultáneamente en su propio interior y dentro del cuerpo de la madre.

La envidia parece ser inherente a la voracidad oral. El trabajo analítico me ha enseñado que la envidia (alternando con sentimientos de amor y gratificación) está dirigida primeramente hacia el pecho nutricional. A esta envidia primitiva se agregan los celos al originarse la situación edípica. Los sentimientos del lactante en relación con ambos padres parecen organizarse en la forma siguiente: cuando es frustrado, el padre o la madre gozan del objeto apetecido del que es privado — el pecho materno o el pene del padre — y gozan de él de manera continua. Es característico de las emociones y voracidad intensas del lactante el que atribuya a los padres un estado constante de gratificación mutua de naturaleza oral, anal y genital.

Estas teorías sexuales forman la base de figuras parentales combinadas tales como: la madre que contiene el pene paterno o el padre en su totalidad; el padre que contiene el pecho materno o la madre en su totalidad; los padres fusionados inseparablemente en la relación sexual. (¹) Fantasías de esta naturaleza también contribuyen a la noción de “mujer con pene”. Más aún, debido a la internalización, el lactante establece dentro de sí esas figuras parentales

combinadas y esto revelase fundamental en varias situaciones de angustia de naturaleza psicótica.

A medida que se desarrolla una relación más realista con los padres, el lactante llega a considerarlos como individuos separados, es decir, que la primitiva figura parental combinada pierde su fuerza. ⁽²⁾

Estos progresos están ligados a la posición depresiva. En ambos sexos, el temor de perder a la madre, objeto amado primario — es decir, la angustia depresiva — contribuye a crear la necesidad de substitutos; respondiendo a ella el lactante se vuelve primeramente hacia el padre, quien en ese estadio también es introyectado como persona total.

En esta forma, la libido y la angustia depresiva son desviadas de la madre en cierta medida y este proceso de distribución estimula las relaciones de objeto así como disminuye la intensidad de los sentimientos depresivos. Así pues los estadios tempranos del complejo de Edipo positivo y negativo alivian las angustias del niño y le ayudan a superar la posición depresiva. Al mismo tiempo, sin embargo, surgen nuevos conflictos y angustias, puesto que los deseos edípicos hacia los padres implican que la envidia, la rivalidad y los celos — poderosamente avivados aún en este estadio por las pulsiones sádico-orales — son ahora vivenciados en dos personas, odiadas y amadas a un tiempo. La elaboración de estos conflictos que surgen por primera vez en los estadios tempranos del complejo de Edipo, forma parte del proceso de angustia que se extiende más allá de la primera infancia en los primeros años de la infancia propiamente dicha.

Resumiendo: La posición depresiva desempeña un papel vital en el desarrollo temprano del niño y normalmente, al llegar a su término la neurosis

¹ Ver el concepto de figura parental combinada en *El psicoanálisis de niños*, capítulo 8 en particular.

² La capacidad del niño para gozar al mismo tiempo la relación con *ambos* padres, lo cual constituye un rasgo importante de su vida mental y está en conflicto con sus deseos (urgidos por los celos y la ansiedad) de separarlos, depende de su sentir que son individuos separados. Esta relación más integrada con sus padres (distinta de la necesidad compulsiva de mantenerlos separados uno del otro e impedir el acto sexual) implica un mayor entendimiento de sus relaciones recíprocas y es condición previa de la esperanza del niño de acercarlos y reunirlos en la felicidad.

infantil hacia los cinco años de edad, la angustia persecutoria y la angustia depresiva han sufrido una modificación. Los pasos fundamentales de la elaboración de la posición depresiva son dados, sin embargo, cuando el lactante establece su objeto total — es decir durante la segunda mitad del primer año — y podría afirmarse que si estos procesos son exitosos, habrá sido llenada una de las condiciones previas del desarrollo normal. Durante este período la angustia persecutoria y la angustia depresiva son activadas una y otra vez, como por ejemplo en las experiencias de dentición y destete. Esta interacción entre la angustia y los factores físicos es uno de los aspectos de los complejos procesos del desarrollo durante el primer año (procesos que involucran todas las emociones y fantasías del lactante; en verdad esto se aplica, hasta cierto punto, a todo el resto de la vida.

He recalcado a lo largo del presente capítulo que los cambios en el desarrollo emocional y las relaciones de objeto del lactante son paulatinos. El hecho de que la posición depresiva se desarrolle gradualmente explica porqué, generalmente, sus efectos en el lactante no aparecen en forma súbita. (¹) También debemos recordar que, mientras son vivenciados los sentimientos depresivos, simultáneamente el yo desarrolla medios para contrarrestarlos. Esto en mi opinión constituye una de las diferencias fundamentales entre el lactante que está vivenciando angustias de naturaleza psicótica y el adulto psicótico; pues al tiempo que el lactante está elaborando estas angustias, ya se hallan en obra los procesos que llevan a su modificación. (Nota de Capítulo N° 4).

¹ No obstante, signos de recurrencia de sentimientos depresivos pueden ser detectados en lactantes normales, mediante una estrecha observación. Síntomas severos de depresión aparecen en forma muy llamativa en lactantes pequeños bajo determinadas circunstancias, como ser una enfermedad, la súbita separación de la madre o de la niñera, un cambio en la alimentación.

Desarrollo ulterior y modificación de la angustia

I

La neurosis infantil puede ser considerada como una combinación de procesos mediante los cuales las angustias de naturaleza psicótica son ligadas, elaboradas y modificadas. Pasos fundamentales en la modificación de la angustia persecutoria y de la angustia depresiva forman parte del desarrollo durante el primer año. La neurosis infantil, tal como la veo, empieza pues en el primer año de vida y termina — al iniciarse el período de latencia cuando la modificación de las angustias tempranas ha sido lograda.

Todos los aspectos del desarrollo contribuyen al proceso de modificación de la angustia y, por lo tanto, las vicisitudes de la angustia sólo pueden ser comprendidas en su interacción con los demás factores del desarrollo. Por ejemplo, la adquisición de habilidades físicas, las actividades de juego, el desarrollo del lenguaje -y el progreso intelectual en general; los hábitos de limpieza; el incremento de las sublimaciones, la ampliación de las series de relaciones de objeto; el progreso en la organización libidinal del niño — todos estos logros están inextricablemente entrelazados con aspectos de la neurosis infantil; en última instancia, con las vicisitudes de la angustia y las defensas involucradas contra ella. Sólo puedo aquí escoger algunos de estos factores que interactúan e indicar en qué forma contribuyen a modificar la angustia.

Los primeros objetos perseguidores, externos e internos son —de acuerdo a lo discutido anteriormente— el pecho malo de la madre y el pene malo del padre; y los temores de - persecución relativos a los objetos internos y aquéllos relativos a los objetos externos interactúan. Estas angustias, focalizadas primeramente en los padres, hallan expresión en las fobias tempranas y afectan profundamente la relación del niño con sus padres. La angustia persecutoria y la angustia depresiva contribuyen fundamentalmente a crear los conflictos que

surgen en la situación edípica (¹) e influyen en el desarrollo libidinal.

Los deseos genitales hacia el padre y la madre que inician los estadios tempranos del complejo de Edipo (hacia la mitad del primer año), están al principio entretejidos con deseos y fantasías orales, anales y uretrales, de naturaleza a la vez libidinal y agresiva. Las angustias de carácter psicótico originadas por pulsiones destructivas provenientes de todas estas fuentes, tienden a reforzar estas pulsiones, y, en caso de ser excesivas, crean fuertes fijaciones en los estadios pre-genitales. (²)

Así pues la angustia influye en cada etapa del desarrollo libidinal, ya que ella conduce a la fijación a estadios pre-genitales y una y otra vez a la regresión a éstos. Por otra parte, la angustia y culpa y la consiguiente tendencia a la reparación agrega ímpetu a los deseos libidinales y estimula la marcha hacia adelante de la libido, pues el dar y recibir gratificación libidinal alivia la angustia y también satisface la necesidad de reparar. La angustia y la culpa, por lo tanto, a veces frenan y otras favorecen el desarrollo libidinal. Esto varía no solamente de un individuo a otro, sino que puede variar en un mismo individuo según la intrincada interacción de los factores internos y externos en un momento dado cualquiera.

En las posiciones fluctuantes del complejo de Edipo positivo y negativo son vivenciadas todas las angustias tempranas, pues los celos, la rivalidad y el odio en estas posiciones despiertan renovadamente la angustia persecutoria y la angustia depresiva. Las angustias focalizadas en los padres como objetos internos son sin embargo elaboradas gradualmente y reducidas a medida que el

¹ La interrelación de la angustia persecutoria y angustia depresiva por una parte y del temor a la castración por la otra se halla discutida detalladamente en un artículo: "El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas".

² Cf. Capítulo V de *Developments in Psycho-Analysis*.

lactante deriva de la relación con los padres externos un sentimiento creciente de seguridad.

Gradualmente llegan a dominar las tendencias genitales en la alternancia de progresión y regresión, fuertemente influida por la angustia. A consecuencia de ello aumenta la capacidad para reparar, se amplía su campo y las sublimaciones adquieren fuerza y estabilidad, pues están ligadas, en el nivel genital, con la necesidad más creativa del ser humano. Las sublimaciones genitales en la posición femenina están ligadas a la fertilidad —poder de dar vida— y también de re-crear objetos perdidos o dañados. En la posición masculina, el elemento creación de vida se halla reforzado por las fantasías de fertilizar la madre dañada o destruida y así restaurarla o revivirla. El órgano genital no sólo representa pues el órgano de procreación, sino también un instrumento de reparación y re-creación.

La predominancia de las tendencias genitales implica un gran progreso en la integración del yo, ya que ellas se hacen cargo de los deseos libidinales y reparativos de carácter pregenital, produciéndose en esta forma la síntesis de las tendencias reparativas pregenitales y genitales. Por ejemplo, la capacidad para recibir “bondad”, en primer lugar el alimento y el amor de la madre tan deseados, y la necesidad de alimentarla en retorno, y restaurarla en esta forma —base de las sublimaciones orales— son condiciones previas de un desarrollo genital logrado.

La creciente fuerza de la libido genital, que incluye el progreso de la capacidad para reparar, corre paralela a la disminución gradual de la angustia y de la culpabilidad despertadas por las tendencias destructivas, aunque los deseos genitales sean causa de conflictos y culpa en la situación edípica. Se desprende de ello que la primacía genital implica una disminución de las tendencias y angustias orales, uretrales y anales. A través del proceso de elaboración de los conflictos edípicos y logro de la primacía genital, el niño se vuelve capaz de

establecer firmemente los objetos buenos en su mundo interior y desarrollar una relación estable con sus padres. Todo esto significa que está elaborando y modificando la angustia persecutoria y la angustia depresiva.

Existen razones para suponer que tan pronto como el lactante desplaza su interés hacia objetos otros que el pecho materno —como ser partes del cuerpo materno, los objetos que lo rodean, partes de su propio cuerpo, etc.— empieza un proceso fundamental para el incremento de las sublimaciones y relaciones de objeto. El amor, los deseos (agresivos así como libidinales), y las angustias son transferidos del primero y único objeto, la madre, a otros objetos; y se desarrollan otros intereses que sustituyen la relación con el objeto primario. Este objeto primario es, sin embargo, no sólo el pecho externo, sino el pecho bueno internalizado; y la desviación de las emociones y sentimientos relacionados ahora con el mundo externo está ligada a la proyección.

La función de formación de símbolos y la actividad de las fantasías tienen gran importancia en todos los procesos descritos. ⁽¹⁾ Con el surgimiento de la angustia depresiva y particularmente con el comienzo de la posición depresiva, el yo es llevado a proyectar, desviar y distribuir los deseos y emociones así como la culpa y la necesidad de reparar, en nuevos objetos e intereses. A mi entender, estos procesos constituyen el origen principal de las sublimaciones a lo largo de la vida. Es sin embargo condición previa al exitoso desarrollo de las sublimaciones (tanto de las relaciones de objeto como de la organización libidinal) que el amor por los primitivos objetos pueda mantenerse mientras los

¹ Debo abstenerme aquí de describir detalladamente las formas en que la formación de símbolos está desde un principio inextricablemente ligada a la actividad de las fantasías en el niño y a las vicisitudes de la angustia. Me refiero aquí a los capítulos III y VII de *Developments in Psycho-Analysis* y también a algunos de mis anteriores artículos, “Infant Analysis” (1926) e “Importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del Yo” (1930).

deseos y angustias son desviados y distribuidos, pues el predominio de la queja y el odio hacia los objetos primarios tiende a haber peligrar las sublimaciones y relaciones con objetos sustitutivos.

Surge otra perturbación de la capacidad para reparar y por lo tanto sublimar cuando, debido al fracaso en la superación de la posición depresiva, es dificultada la esperanza de reparar, o, dicho sea en otra forma, si existe desesperanza por la destrucción irremediable de los objetos amados.

II

Según sugiero más arriba, todos los aspectos del desarrollo están ligados a la neurosis infantil. Un rasgo característico de la neurosis infantil lo constituyen las fobias tempranas que surgen durante el primer año de vida y, cambiando de forma y contenido, aparecen y desaparecen a lo largo de los años de infancia. La angustia persecutoria así como la angustia depresiva sustentan las fobias tempranas, que incluyen las dificultades en la alimentación, el *pavor nocturnus*, la angustia por la ausencia de la madre, el temor a los extraños, los disturbios de las relaciones con los padres y relaciones de objeto en general. La necesidad de externalizar los objetos perseguidores es un elemento intrínseco del mecanismo de las fobias. (¹)

Esta necesidad deriva tanto de la angustia persecutoria (con respecto al yo) como de la angustia depresiva (centrada en los peligros que amenazan los objetos buenos internos por parte de los perseguidores internos). Los temores de persecución interna igualmente encuentran expresión en las angustias hipocondríacas. También contribuyen a causar diversas enfermedades físicas, como ser los frecuentes resfríos de los niños pequeños. (²)

¹ Cf. *El psicoanálisis de niños*, pp. 170, 59

² La experiencia me mostró que estas angustias que sustentan la hipocondría se hallan también a la base de los síntomas de histerias de conversión. El factor fundamental común a ambas es el temor relacionado con la persecución dentro del cuerpo (ataques por parte de objetos perseguidores internalizados, o daño infligido por el

Las angustias orales, uretrales y anales (participando estas últimas de la adquisición o inhibición de hábitos de limpieza) constituyen rasgos básicos de la sintomatología de la neurosis infantil. Igualmente constituyen *un* rasgo característico de la neurosis infantil las distintas formas de recaída que ocurren en los primeros años de vida. Según vimos más arriba, en caso de ser reforzada la angustia de naturaleza persecutoria o depresiva, *tiene lugar una regresión* a estados anteriores y situaciones de angustia correspondientes. Esta regresión se manifiesta por ejemplo en el abandono de hábitos de limpieza ya adquiridos; o bien en la reaparición bajo formas ligeramente distintas, de fobias en apariencia superadas.

Durante el segundo año, las tendencias obsesivas se colocan en primer plano; a la vez expresan y unen angustias orales, uretrales y anales. Rasgos obsesivos pueden ser observados en rituales al acostarse, rituales relacionados con la limpieza, la alimentación, etc., y en una necesidad general de repetir (por ejemplo, el deseo de escuchar incansablemente el mismo cuento, a veces contado con la misma expresión, o repetir los mismos juegos). Estos fenómenos, aunque forman parte del desarrollo normal del niño, pueden ser descritos como síntomas neuróticos. La disminución o superación de estos síntomas conduce a la modificación de las angustias orales, uretrales y anales; esto, a su vez, implica una modificación de la angustia persecutoria y de la angustia depresiva.

La capacidad progresiva del yo para desarrollar defensas que le permitan en cierta medida elaborar las angustias, es parte esencial del proceso de modificación de la angustia. En el estadio más primitivo (esquizo-paranoide) la angustia es contrarrestada por extremas y poderosas defensas, tales como

sadismo del sujeto a los objetos internos, tales como ataques de sus excrementos peligrosos) todo lo cual es sentido como daño físico infligido al yo. La elucidación de los procesos que sustentan la transformación de esas angustias persecutorias en síntomas físicos puede arrojar mayor luz sobre los problemas de la histeria.

disociación, omnipotencia y negación. ⁽¹⁾ En el estadio siguiente (posición depresiva) las defensas sufren (según visto anteriormente) importantes cambios caracterizados por la mayor capacidad del yo para tolerar la angustia. En el segundo año, al seguir progresando el desarrollo del yo, el niño utiliza su adaptación creciente a la realidad externa y su creciente control de las funciones corporales para apreciar los peligros internos por medio de la realidad externa.

Todos estos cambios son característicos de los mecanismos obsesivos, los que también pueden ser considerados como una defensa muy importante. Por ejemplo, al adquirir hábitos de limpieza, las angustias del lactante referentes a sus peligrosas heces (es decir referentes a su propia destructividad) a sus objetos malos internalizados y a su caos interno, son una y otra vez disminuidas temporariamente. El control de esfínteres le prueba que puede controlar peligros interiores y sus objetos internos. Más aún, los excrementos reales sirven como prueba en contra de sus temores fantásticos de destructividad. Pueden ahora ser arrojados -conforme al pedido de la madre o niñera, quienes, al aprobar las condiciones en que los excrementos son producidos, parecen también aprobar la naturaleza de los mismos, y esto los torna “buenos”. ⁽²⁾ De ello resulta que el lactante llega a sentir que el daño hecho —en sus fantasías agresivas— por sus excrementos a sus objetos internos y externos, puede ser anulado.

¹ Si estas defensas persisten excesivamente más allá del estadio temprano al que son apropiadas, el desarrollo puede sufrir en varias formas; la Integración es impedida, la vida de las fantasías y los deseos libidinales son trabados; en consecuencia, la tendencia a reparar, las sublimaciones, las relaciones de objeto y la relación con la realidad pueden ser alteradas.

² El reconocimiento de que existe en el niño la necesidad de adquirir hábitos de limpieza, necesidad ligada a la angustia y culpa y a las defensas Contra ellas, lleva a la conclusión siguiente. El aprendizaje de la limpieza, efectuado sin premura y en el período en que la necesidad de este aprendizaje se hace aparente (generalmente en el transcurso del segundo año) es beneficioso para el desarrollo del niño. Impuesto a éste en un estadio anterior, Puede resultar dañino. Más aún, en cualquier período el niño debería ser Sólo alentado, pero no forzado, a adquirir hábitos de limpieza. Estas líneas constituyen necesariamente tan sólo una referencia muy incompleta a un problema importante de la educación.

La adquisición de hábitos de limpieza por los tanto disminuye su culpa y satisface su deseo de reparar. (1)

Los mecanismos obsesivos constituyen una parte importante del desarrollo del yo. Capacitan a éste para mantener a raya la angustia temporariamente. Esto a su vez ayuda al yo en el logro de mayor integración y fuerza; en esta forma es posible la elaboración gradual, la disminución y modificación de la angustia. No obstante, los mecanismos obsesivos constituyen en este estadio tan sólo una de las defensas. Si son excesivos y llegan a ser la defensa mayor, esto puede considerarse como una indicación de que el yo no puede manejar eficazmente la angustia de naturaleza psicótica y de que se está desarrollando en el niño una grave neurosis obsesiva.

Otro cambio fundamental de las defensas caracteriza el estadio en el que la libido genital se fortalece. Cuando esto sucede, según vimos anteriormente, el yo se haya más integrado; la adaptación a la realidad externa ha progresado; se ha desarrollado la función de la conciencia; también el superyo está más integrado; se ha producido una síntesis más completa de los procesos inconscientes, es decir entre las partes inconscientes del yo y del superyo; es más nítida la demarcación entre lo inconsciente y lo consciente. Estos progresos permiten a la represión ‘desempeñar entre las defensas el papel dominante. (2)

¹ La opinión de Freud acerca de las formaciones reaccionadas y de la “anulación” en el proceso de neurosis obsesiva, sustenta mi concepto de reparación, el cual, además, abarca varios procesos mediante los que el yo siente que anula el daño hecho en fantasía, restaura, preserva y revive el objeto

² Cf. Freud: “... señalaremos como materia de ulteriores reflexiones la posibilidad de que la represión sea un proceso especialmente relacionado con la organización genital de la libido y que el yo acuda a métodos distintos de defensa cuando haya de actuar contra la libido en otras fases de la organización de la misma diferentes de la genital”. Freud, “Inhibición, síntoma y angustia”, 1926, Obras Completas. T. XI, p. 41.

Un factor esencial de la represión es el aspecto censorador y prohibidor del superyo, aspecto éste que se fortalece como consecuencia del progreso de la organización del superyo. Las exigencias del superyo de mantener fuera de la conciencia determinadas pulsiones y fantasías, de carácter agresivo y libidinal, son más fácilmente llenadas por el yo, porque ha progresado, en su integración y en la asimilación del superyo.

Describí en una parte anterior cómo aún durante los primeros meses de vida, el yo inhibe los deseos instintuales primeramente bajo la presión de la angustia persecutoria y, algo más tarde, de la angustia depresiva. Otro paso adelante en el desarrollo de las inhibiciones instintuales es dado al poder el yo hacer uso de la represión.

Hemos visto las formas en que el yo utiliza la disociación durante la fase esquizo-paranoide. (¹) El mecanismo de disociación sustenta la represión (como lo implica el concepto de Freud); pero en contraste con las primitivas formas de disociación que conducían a estados de desintegración, la represión no tiene normalmente por resultado la desintegración de la persona. Ya que en este estadio existe mayor integración, a la vez dentro de las partes conscientes e inconscientes del psiquismo y que, en la represión, la disociación efectúa predominantemente una división entre lo consciente y lo inconsciente, ninguna de las partes de la persona está expuesta al grado de desintegración que podía surgir de estadios anteriores. Sin embargo la medida en que se recurre a los procesos de disociación en los primerísimos meses de vida influye vitalmente en el empleo de la represión en un período ulterior. Porque en caso de no ser suficientemente superados los mecanismos esquizoides tempranos, puede resultar que, en lugar de un límite fluido entre lo consciente y lo inconsciente, surja entre ellos una barrera rígida; esto indica que la

represión es excesiva y que, por lo tanto, el desarrollo es perturbado. Por otra parte, mediante una represión moderada, el inconsciente y la conciencia tienen mayores probabilidades de permanecer “porosos” uno con respecto al otro y por lo tanto las pulsiones y sus derivados son, en cierta medida, autorizados a emerger una y otra vez del inconsciente y son sujetos por parte del yo a procedimientos de selección y rechazo. La elección de las pulsiones, fantasías y pensamiento que deben ser reprimidos depende de la capacidad incrementada del yo para aceptar las normas de los objetos externos. Esta capacidad está ligada a la mayor síntesis dentro del superyo y a la creciente asimilación del superyo por el yo.

Los cambios en la estructura del superyo, que se efectúan gradualmente y están siempre ligados al desarrollo del Edipo, contribuyen a la declinación del complejo de Edipo al iniciarse el período de latencia. En otras palabras, el progreso de la organización libidinal y de los distintos ajustes de los que llega a ser capaz el yo en este estadio está ligado a la modificación de la angustia persecutoria y de la angustia depresiva relacionada *con* los padres internalizados, lo que implica mayor seguridad en el mundo interior.

Vistos a la luz de las vicisitudes de la angustia, los cambios característicos de la iniciación del período de latencia pueden resumirse como sigue: la relación con los padres es más segura; los padres introyectados se aproximan más a la imagen de los padres reales; sus normas, advertencias y prohibiciones son aceptadas e internalizadas y por lo tanto la represión de los deseos edípicos es más eficaz. Todo esto representa el climax del desarrollo del superyo, que resulta de un proceso que se extiende sobre los primeros años de la vida.

¹ Cf. capítulo IX de *Developments in Psycho-Analysis*.

CONCLUSION

Examiné detalladamente las primeras etapas de la superación de la posición depresiva que caracteriza la segunda mitad del primer año de vida. Hemos visto que en los estadios tempranos, en que predomina la angustia persecutoria, los objetos del lactante son de naturaleza primitiva y persecutoria: devoran, laceran, envenenan, inundan, etc., es decir que los múltiples deseos y fantasías orales, uretrales y anales son proyectados tanto en los objetos externos como en los objetos internalizados. La imagen de estos objetos se altera poco a poco en el psiquismo del lactante a medida que progresa la organización libidinal y que la angustia se modifica.

Sus relaciones con su mundo interno y externo progresan simultáneamente; la interdependencia entre esas relaciones implica cambios en los procesos de introyección y de proyección que son un factor esencial de la disminución de la angustia persecutoria y de la angustia depresiva. Todo esto tiene por resultado una mayor capacidad del yo para asimilar al superyo, aumentando en esta forma su propia fuerza.

Cuando es lograda la estabilización, algunos factores fundamentales han sufrido alteraciones. No me ocupo ahora del progreso del yo, ligado en cada etapa (según traté de mostrarlo) al desarrollo emocional y a la modificación de la angustia, sino que deseo subrayar los *cambios en los procesos inconscientes*. Creo que estos cambios resultan más comprensibles si los vinculamos al origen de la angustia. Me refiero aquí nuevamente a mi afirmación de que las pulsiones destructivas (instinto de muerte) constituyen el factor primario causante de angustia. ⁽¹⁾ La voracidad es incrementada por las quejas y el odio, es decir, por

¹ Cf. capítulo VIII de *Developments in Psycho-Analysis*.

manifestaciones del instinto destructivo; pero estas manifestaciones son a su vez reforzadas por la angustia persecutoria. Cuando en el transcurso del desarrollo, la angustia es a la vez reducida y más firmemente mantenida a raya, disminuyen las quejas y el odio así como la voracidad, y esto en última instancia conduce al debilitamiento de la ambivalencia. Expresando esto en términos de instintos: cuando la neurosis infantil pudo seguir su curso, es decir cuando la angustia persecutoria y la angustia depresiva han sido reducidas y modificadas, el equilibrio en la fusión de los instintos de vida y de muerte (y también entre la libido y la agresión), ha sido alterado en alguna forma. Esto implica cambios importantes en los procesos inconscientes, es decir, en la estructura del superyo y en la estructura y dominio de las partes inconscientes (tanto como conscientes) del yo.

Hemos visto que las fluctuaciones entre las posiciones libidinales y entre la progresión y la regresión, que caracterizan los primeros años de la infancia, están inexplicablemente ligadas a las vicisitudes de la angustia persecutoria y de la angustia depresiva que surgen durante la primera infancia. Así pues estas angustias no sólo son un factor esencial de la fijación y regresión, sino que su influencia es constante en el curso del desarrollo.

El desarrollo normal exige como condición previa el mantenimiento, a través de la alternancia de la regresión y progresión, de aspectos fundamentales del progreso ya logrado. En otras palabras, exige que el proceso de integración y síntesis no sea fundamental y permanentemente perturbado. Si la angustia es gradualmente modificada, la progresión deberá primar sobre la regresión y, en el curso de la neurosis infantil, quedará establecida la base de la estabilidad mental.

NOTAS DE CAPITULO

Nota del Capítulo N° 1 (p. 323).

Margaret A. *Ribble* relata observaciones realizadas en 500 lactantes (“Infantile Experience la Relation to Personality Development”), 1944 y expresa sus opiniones, algunas de las cuales complementan las conclusiones a las que llegué a través del análisis de niños pequeños.

Así, refiriéndose a la relación con la madre desde el principio de la vida, recalca la necesidad del lactante de recibir los cuidados de la madre, necesidad que va mucho más allá de la gratificación al mamar; por ejemplo dice en la página 631:

“Mucho de la calidad y cohesión de la personalidad del niño depende del apego emocional hacia la madre. Este apego (o empleando el término psicoanalítico, esta catexia hacia la madre) se desarrolla gradualmente a partir de la satisfacción que deriva de ella. Hemos estudiado la naturaleza de este progresivo apego, tan esquivo y sin embargo tan esencial en razón de importantes detalles. Tres tipos de experiencia, o sea: la experiencia táctil, la experiencia kinestésica o sentido de la posición del cuerpo, y la experiencia del sonido, contribuyen en primer lugar a su formación. El desarrollo de esas capacidades sensoriales ha sido mencionado por casi todos los observadores del comportamiento infantil, pero no ha sido recalcada su particular importancia para la relación personal entre la madre y el niño”.

La importancia de esta relación personal en el desarrollo físico del niño es subrayada por Margaret A. *Ribble* en varios lugares, por ejemplo dice en página 630:

“...las irregularidades más triviales en el cuidado personal o el manejo de

todo lactante, como ser escaso contacto con la madre, insuficiente alzar en brazos, o cambios de niñera o de rutina general provocan a menudo disturbios, como ser palidez, respiración irregular y trastornos alimenticios. En lactantes constitucionalmente sensibles o pobremente organizados, estos disturbios, si son demasiado frecuentes, pueden alterar en forma permanente el desarrollo orgánico y psíquico y no pocas veces amenazan la vida misma”.

En otro lugar, el autor resume estos disturbios en la forma siguiente: (pág. 630)

“El lactante se halla continuamente en peligro potencial de desorganización funcional, debido al propio estado incompleto del cerebro y sistema nervioso. En lo exterior, el peligro radica en una súbita separación de la madre, quien, ya sea intuitivamente o a sabiendas, debe mantener ese equilibrio funcional. La negligencia efectiva o falta de amor pueden ser igualmente desastrosas. En el interior, el peligro parece radicar en el aumento de tensión proveniente de necesidades biológicas y en la inhabilidad del organismo para mantener su energía interior o equilibrio metabólico y excitabilidad refleja. La *necesidad de oxígeno* puede volverse aguda porque los mecanismos respiratorios del lactante no están aún suficientemente desarrollados para trabajar en forma adecuada a la creciente demanda interior causada por el rápido crecimiento de los lóbulos frontales.

Estos disturbios funcionales que, de acuerdo a las observaciones de M. Ribble, llegarían a poner en peligro la vida, pueden ser interpretados como expresión del instinto de muerte que, según Freud, es dirigido primitivamente contra el propio organismo (*Más allá del principio de placer*). Afirmé que este peligro, que despierta el temor al aniquilamiento, a la muerte, constituye la causa primaria de la angustia. El hecho de que los factores biológicos, fisiológicos y psicológicos están ligados desde el principio de la vida post-natal, es ilustrado por las observaciones de M. Ribble. Yendo más allá, sacaré la

conclusión de que el constante y afectuoso cuidado del niño por la madre, al fortalecer la relación libidinal hacia ella, apoya el instinto de vida en su lucha contra el instinto de muerte (tratándose de lactantes “constitucionalmente sensibles o pobremente organizados”, esto es esencial aun para mantenerlos vivos). En el presente capítulo y en el capítulo VII (¹) discuto más ampliamente este punto.

Otro tema sobre el que las conclusiones de la Dra. Ribble coinciden, con las mías, se refiere a los cambios que ella Sitúa hacia el tercer mes de vida. Estos cambios pueden considerarse como la contraparte fisiológica de los rasgos de la vida emocional que describí como surgimiento de la posición depresiva. Dice (p. 643):

“En ese período, las actividades orgánicas respiratorias, digestivas y circulatorias empiezan a mostrar considerable estabilidad, indicando así que el sistema nervioso autónomo ha asumido sus funciones específicas. Sabemos por estudios anatómicos que el sistema circulatorio fetal se halla generalmente obliterado por ese entonces. Aproximadamente en esa época aparecen en el electroencefalograma los trazados de ondas cerebrales típicos de los adultos., indicando probablemente una mayor madurez de la actividad cerebral. Se observan estallidos de reacciones emocionales no siempre bien diferenciadas pero que expresan obviamente una dirección positiva o negativa y que involucran la totalidad del sistema motor. Los ojos focalizan correctamente y siguen a la madre, los oídos funcionan bien y pueden diferenciar los ruidos que ella hace. El sonido por ella producido o su visión provocan respuestas emocionales positivas que antes eran obtenidas sólo por contacto, y que consisten en sonrisas oportunas y aún genuinas explosiones de alegría”.

¹ De *Developments of Psycho-Analysis*. (N. del T.)

Estos cambios están, creo, ligados a la disminución de los procesos de disociación y al progreso en la integración del yo y relaciones de objeto; en particular están ligados a la capacidad del lactante para percibir e introyectar a la madre como persona total, todo lo cual describo como ocurriendo en el segundo trimestre del primer año, al aparecer la posición depresiva.

Nota de Capítulo N° 2 p. 336).

Cuando estos ajustes fundamentales de la relación entre el yo y el superyo *no* han sido cabalmente efectuados durante el desarrollo temprano, una de las tareas esenciales del proceso psicoanalítico es la de capacitar al paciente para hacerlo retrospectivamente. Esto sólo es posible mediante el análisis de los estadios más primitivos del desarrollo (así como de los ulteriores) y el análisis de la transferencia tanto negativa como positiva. En la fluctuante *situación transferencial*, las figuras externas e internas — buenas y malas— que rigen primariamente el desarrollo del superyo y de las relaciones objetales, son transferidas al psicoanalista. Por lo tanto éste a veces debe ocupar el sitio de imágenes terribles y solamente en esta forma pueden ser vivenciadas, elaboradas y reducidas las angustias persecutorias infantiles.

De hallarse el psicoanalista inclinado a reforzar la transferencia positiva, evita desempeñar para la mente del paciente el papel de figuras malas y es predominantemente introyectado como objeto bueno. En esta forma puede, en algunos casos, fortalecerse la creencia en objetos buenos; pero este beneficio es *lejos de ser* estable puesto que el paciente no ha sido capacitado para vivenciar el odio, la angustia y la sospecha que en los tempranos estadios de la vida se hallaban unidos a los aspectos terribles y peligrosos de los' padres. Solamente mediante el análisis de la transferencia negativa, así como positiva, el psicoanalista desempeña alternativamente el papel de objetos buenos y malos, es alternativamente amado y odiado, admirado y temido. En esta forma el paciente puede elaborar y por lo tanto modificar las tempranas situaciones de

angustia; decrece la disociación de figuras buenas y malas; se vuelven más sintetizadas, vale decir, la agresión es ahora atenuada por la libido, En otras palabras, la angustia persecutoria y la angustia depresiva son disminuidas de raíz, diríamos.

Nota de Capítulo N° 3 (p. 339).

Abraham se refiere a la fijación de la libido en el nivel oral como a uno de los factores etiológicos fundamentales de la melancolía. Describe esa fijación en un caso particular en los siguientes términos: “En sus estados depresivos, se sentía sobrecogido por la añoranza del pecho de su madre, añoranza que era indescriptiblemente poderosa y diferente de cualquier otra cosa-. Si la libido se halla aún fijada en este punto en el adulto, entonces una de las condiciones de mayor importancia en la aparición de la depresión melancólica ha sido llenada”. (Selected *Papers*, p. 458).

Abraham apoya sus conclusiones que arroja-a nueva luz sobre la relación entre la melancolía y el duelo normal, en extractos de dos historiales clínicos. Se trataba por aquel entonces de los dos primeros pacientes maníaco-depresivos *que* emprendían un *análisis en serio — aventura* nueva en el desarrollo del psicoanálisis. Hasta ese momento no se había publicado casi material clínico en apoyo del descubrimiento de Freud respecto a la melancolía Según dice Abraham (*loc. cit.*, pp. 433-4): “Freud describe en términos generales los procesos psicosexuales que ocurren en la melancolía. Pudo hacerse una idea intuitiva de ellos a través del tratamiento ocasional de pacientes depresivos; pero no ha sido publicado casi material hasta ahora en la literatura psicoanalítica en apoyo de esta teoría”.

Pero aún a través de estos pocos casos, Abraham llegó a entender que ya en la niñez (a la edad de 5 años) había habido un verdadero estado agudo de melancolía. Dice que se inclinaría a hablar de “paratimia primaria” consecutiva

al complejo de Edipo en el varón y termina su descripción en la forma siguiente: “Este es el estado de espíritu que llamamos melancolía” (p. 469).

En su artículo “The Problem of Melancholia” (1928), Sandor Radó va más allá y considera que la raíz de la melancolía puede hallarse en la situación de hambre del niño de pecho. Dice: “El punto de fijación más profundo de la posición depresiva se halla en la situación de amenaza de pérdida del amor (Freud), y, de modo muy especial, en la situación de hambre (el niño de pecho”. Refiriéndose a la afirmación de Freud de que en la manía el yo es una vez más fusionado al superyo formando una unidad, Radó infiere que este proceso es la repetición fiel de la experiencia de la fusión con la madre que ocurre al beber de su pecho”. No obstante, Radó no aplica esta conclusión a la vida emocional del lactante; se refiere únicamente a la etiología de la melancolía.

Nota de Capítulo N° 4 (p. 343).

La descripción de los primeros seis meses de vida que he esbozado en estas dos partes implica una modificación de algunos de los conceptos que presento en *El psicoanálisis de niños*. Describía allí la confluencia de las pulsiones agresivas de cualquier origen como “fase de sadismo máximo”. Aun creo que las pulsiones agresivas están en su apogeo en el estadio en que predomina la angustia persecutoria; o, en otras palabras, que la angustia persecutoria es atizada por el instinto destructivo y constantemente alimentada por la proyección de las pulsiones destructivas en los objetos. Pues es inherente a la naturaleza de la angustia persecutoria el incrementar el odio y ataques contra el objeto sentido como perseguidor, y esto a su vez fortalece el sentimiento de persecución.

Algún tiempo después de la publicación de *El psicoanálisis de niños* elaboré mi concepto de posición depresiva. Tal como lo veo ahora, con el adelanto en

las relaciones de objeto entre los tres y seis meses de edad, disminuyen tanto las pulsiones destructivas como la angustia persecutoria y comienza la posición depresiva. Por lo tanto mi opinión no varió en lo que respecta a la estrecha relación entre la angustia persecutoria y la predominancia del sadismo, pero debo alterar lo tocante a las fechas. Anteriormente sugería que la fase de máximo sadismo se halla en su apogeo hacia la mitad del primer año; diría ahora que se extiende sobre los tres primeros meses de vida y corresponde a la posición esquizo-paranoide descrita en la primera parte de este capítulo. Si supusiéramos en el lactante determinada suma total de agresión variable según los individuos, esta cantidad no sería a mi entender inferior al principio de la vida post-natal a lo que es en el estadio en que las pulsiones y fantasías canibalísticas, uretrales y anales actúan con fuerza plena. Considerada en términos de cantidad únicamente (punto de vista que sin embargo no tiene en cuenta los distintos factores que determinan la acción de los dos instintos) podría decirse que tiene lugar un proceso de distribución, a medida que son abiertas nuevas fuentes de agresión y que es posible un mayor número de manifestaciones de agresión inherente al desarrollo es el creciente número de aptitudes, tanto físicas como mentales, que entran gradualmente en juego; y el hecho de que esas pulsiones y fantasías de distintos orígenes se superpongan unas a otras, interactúen y se refuercen mutuamente también puede considerarse como expresión del progreso en la integración y síntesis. Más aún, a la confluencia de pulsiones y fantasías agresivas corresponde la confluencia de fantasías orales, uretrales y anales de carácter libidinal. Esto significa que la lucha entre la libido y la agresión es llevada a un campo más amplio. Digo en *El psicoanálisis de niños*, p. 212: “La emergencia de los estadios de organización que conocemos corresponde, diría, no sólo a las posiciones que la libido conquistó y estableció en su lucha contra el instinto destructivo, sino (ya que estos dos componentes son para siempre jamás tanto unidos como opuestos) a un creciente ajuste entre ellos”.

La capacidad del lactante para entrar en la posición depresiva y establecer el objeto total dentro de sí implica que no está ya tan fuertemente regido por las pulsiones destructivas y la angustia persecutoria como lo era en un estadio más primitivo. La creciente integración introduce cambios en la naturaleza de su angustia pues, al irse sintetizando el amor y el odio con relación al objeto, surgen un gran dolor mental, los sentimientos depresivos y de culpa. El odio hasta cierto punto es mitigado por el amor, mientras que los sentimientos de amor son en cierta medida afectados por el odio; el resultado es un cambio en la cualidad de las emociones del lactante hacia sus objetos. Al mismo tiempo el progreso en la integración y relaciones de objeto capacita al yo para desarrollar formas más efectivas de manejo de las pulsiones agresivas y de la angustia despertada por éstas. Sin embargo, no podemos perder de vista el hecho de que las pulsiones sádicas, sobre todo dado que actúan en varias zonas, constituyen un factor de suma importancia en los conflictos del lactante que surgen en este estadio; pues la esencia de la posición depresiva se halla en la angustia del lactante de que su objeto amado sea dañado o destruido por su sadismo.

Los procesos emocionales y mentales durante el primer año de vida (y que recurren a lo largo de los primeros cinco o seis años) pueden ser definidos en términos de éxito o fracaso de la lucha entre la agresión y la libido; y la elaboración de la posición depresiva implica que en esta lucha (renovada en cada crisis mental o física) el yo es capaz de desarrollar métodos adecuados de manejo y modificación de la angustia persecutoria y de la angustia depresiva en última instancia de disminución y mantenimiento a raya de la agresión dirigida hacia los objetos amados.

Elegí el término “posición” para designar las fases paranoide y depresiva porque estos agrupamientos de angustias y defensas, aunque surjan primeramente en los estadios primitivos, no se restringen a éstos, sino que aparecen y reaparecen durante los primeros años de la infancia y bajo determinadas circunstancias en la vida ulterior.

Traducido por WILLY BARANGER
Y PAULETTE MICHON FERRAND

Reseñas de libros y revistas

ABRAHAM, KARL. — “ON THE PSYCHOGENESIS OF AGORAPHOBIA IN CHILDHOOD”, (Sobre la psicogénesis de la agorafobia en la infancia), 1913. *Clinical Papers and Essays on Psycho-Analysis*, Ch. VII.

El material que fundamenta este pequeño trabajo no fue obtenido en el tratamiento psicoanalítico de un niño, sino en la observación de su conducta.

El niño, de cinco años de edad, padecía a la vez de agorafobia y de claustrofobia, hasta el punto de no poder ni salir a la calle ni quedarse en casa sin la presencia de su madre.

Un día, definió su estado diciendo que no era un “chico de pasear” (Spazierkind) sino un chico de quedar con su madre” (Mutterkind). El centro del problema fóbico debía buscarse entonces en el complejo de Edipo. El niño confirmó aquel mismo día esta interpretación: estando ausente su padre, había sido admitido a dormir con su madre, y expresó el deseo de que su padre “no volviera, nunca”. El aspecto incestuoso de su amor por su madre y su deseo de muerte de su padre sucumben a la represión y, ya inconscientes, provocan la aparición del síntoma.

Abraham generaliza esta observación, concluyendo que, en la agorafobia, el inconsciente de los pacientes no les permite apartarse de las personas a las cuales su libido está fijada (y que llamaríamos en la actualidad “objetos acompañantes”).

La relación de la agorafobia con el complejo de Edipo, que resulta del análisis de personas adultas, está confirmada por la observación de la enfermedad *in statu nascendi*.

WILLY BARANGER

ABRAHAM, KARL. — “A CONSTITUTIONAL BASIS OF LOCOMOTOR ANXIETY”, 1913. (Una base constitucional de la angustia locomotriz), in “Selected Papers on Psycho-Analysis”, Cap. X.

Abraham reseña primero los conceptos analíticos de la época sobre las “topofobias”: la necesidad del objeto acompañante proviene de una fijación inconsciente de la libido a un objeto incestuoso, la fobia permite un manejo del objeto y constituye así una ganancia secundaria, los sujetos temen a la vida y sus tentaciones representadas por las calles, y temen también a la muerte si se separan de sus objetos.

Pero estos factores no explican por qué estas fuentes de angustia se localizan sobre el hecho de desplazarse de un lugar a otro. Por otra parte si la fijación incestuosa fuera el factor realmente determinante, el temor agorafóbico sería todavía mucho más difundido de lo que es. Debe, pues, existir un factor específico en la constitución sexual de las personas que sufren de angustia locomotriz.

El análisis de varios casos de agorafobia permitió al autor descubrir este factor específico. Un paciente con agorafobia grave desde la pubertad y sexualmente abstinente, experimentaba al caminar en la calle (con su madre de objeto acompañante) el mismo placer que al bailar. Caminar y bailar constituían para él sustitutos de la actividad genital prohibida. Sus sueños de polución eran a menudo sueños de baile.

Otra paciente experimentaba una excitación violenta al salir de la casa de sus padres, que se transformaba de inmediato en una angustia paralizante. Le gustaba bailar sola en su habitación, pero se paralizaba si bailaba con un hombre. Encontraba en el caminar con su padre un placer muy especial, sustituto de la gratificación genital.

Estos casos, y otros, hacen pensar que las personas que sufren de angustia locomotriz tienen constitucionalmente un erotismo locomotor muy desarrollado,

que ha parcialmente sucumbido a la represión.

Muy a menudo estas personas muestran un interés intenso en el ritmo de sus movimientos, y los cumplen, cada vez que se les presenta la oportunidad de hacerlo, según un ritmo determinado. Estos ritmos se revelan al análisis por provenir de ritmos sexuales, masturbatorios u otros.

El temor a viajar presenta las mismas características, y se puede transformar en experiencias corporales intensamente placenteras. Recíprocamente, cuando estos pacientes mejoran o se curan, las actividades otrora angustiantes se vuelven muy placenteras, lo que confirma la presencia de un erotismo locomotor constitucionalmente muy intenso.

Estas consideraciones pueden aportar un principio de solución al problema de la elección de la neurosis en las topofobias.

WILLY BARANGER

SESSER, MIGUEL. — INTERPRETACION DE UNA FOBIA A LAS TORMENTAS”, (Montevideo), publicado en Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires. T. IX, N° 3 (1952). Págs. 358 - 363.

El autor expone los contenidos del síntoma fobia a las tormentas. - Destacamos, resumiendo el historial de la paciente, el padre agresivo y colérico, repetidos castigos en su niñez, la enuresis consecutiva; vivencias frente a la escena primaria; juegos de seducción en la prepubertad y lecturas de novelas de contenido sadomasoquístico en la que la heroína se “entrega para salvar al padre”, en la adolescencia. El ataque fóbico se desenvuelve en cuatro períodos. El primer período se inicia ante el cambio atmosférico (oscurecimiento) provocando desasosiego, etc.; despierta vivencias y recuerdos de escena del dormitorio parental, juegos-de seducción; excitan el erotismo cutáneo (castigos y caricias).Nubes hinchadas (prontas a estallar), representan el embarazo de la madre, terrores del mismo, etc. El segundo período corresponde a los

relámpagos y truenos (vivencias catastróficas), fantasías de penetración en su cuerpo; representan el látigo castigador del padre, el pene destructor en un nivel regresivo; potencia sádico anal paterna. Se defiende obturando el sensorio, rechazando la escena primaria, desplazada al cielo (coito y parto anal); sin embargo, percibe, teme y desea, “algo exigente y catastrófico”, identificación intercambiada con los padres en nivel pregenital. El tercer período aparece con el llover copioso; sensación de bienestar, liberación; corresponde al orgasmo (enuresis infantil), gratificación fecundante y temida, pero deseada. En el cuarto período, surge un sentimiento de culpa “por abandonarse” a su temor fóbico (goce incestuoso sadomasoquístico) ¿Por qué se produjo la fobia? En la adolescencia, al identificarse con la heroína de su novela, logra el recrudescimiento y rechazo de la genitalidad, obteniendo gratificaciones sexuales sin responsabilidad al través de fantasías aceptadas. Pero aún así no desbarata el contenido destructor de la sexualidad. Entonces, proyecta sus vivencias sexuales en la tormenta, salvándose así de toda la carga sadomasoquística que tienen para ella la escena primaria, el coito y el parto.

MIGUEL SESSER

OLIVEIRA, WALDERERO I. — “PSICOANALISIS DE UNA FOBIA A LA DESFLORACION”. Rev. de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1953. T. X, N° 1.

Se expone el caso de una mujer de 29 años que padecía de una fobia a la desfloración. A pesar de estar casada desde hacía varios años continuaba virgen. Durante el análisis, aparecieron sucesivamente las diferentes significaciones de su conducta fóbica, en relación a los puntos de fijación de su desarrollo libidinoso y más profundamente, a sus angustias esquizoides y depresivas. Al comienzo se vio que la paciente tenía del coito una concepción sádica, viendo

en él un peligro real para su integridad física (coito con una imago paterna cruel y degradada), y que ‘la fobia la protegía de este peligro. Por otro lado, estaba también en relación con deseos de felacio y fantasías destructivo-orales para el pene del compañero constituyendo, en este sentido, una defensa contra el deseo - de castrar al hombre.

Su “complejo de masculinidad” se reveló también en su actitud frente a la menstruación, en la fantasía de tener un pene, y en su actitud homosexual. El análisis demostró que las relaciones sin penetración con el marido significaban una relación homosexual con él y que realizar un coito normal equivaldría a perder la vinculación homosexual con la madre. Asimismo se vio cómo el deseo de relaciones anales estaba al servicio de la fobia genital y constituía una identificación homosexual con el hombre.

Pero estas ansiedades, en relación a las etapas del desarrollo libidinoso de la paciente, correspondían a un plano superficial de su estructura psicológica y encubrían ansiedades más profundas y arcaicas. En primer lugar, la duda sobre la integridad anatómica de su vagina, que imaginaba inútil, “demasiado baja”. En segundo lugar, su creencia en su incapacidad para la maternidad, como consecuencia del odio y rivalidad con su madre. La conducta fóbica frente al coito le servía para ‘no enfrentarse con la temida esterilidad. Esta angustia profunda en relación al interior de su cuerpo se expresó también en el sentimiento de estar vaciada interiormente. Junto con sus ataques destructivos al objeto frustrador existían intentos de reparación, que fueron analizados en la transferencia y a través de rituales obsesivos.

HECTOR GARBARINO

J. MALLET. — “CONTRIBUTION À L’ÉTUDE DES PHOBIES”

(Contribución al estudio de las fobias). Revue Française de
Psychanalyse. T. XX. Págs. 237 - 282. Año 1956.

El autor sitúa el origen de las fobias en el terror nocturno infantil sobrevenido alrededor de los veinte meses. Este tendría el carácter no de una simple crisis de angustia, sino de una verdadera experiencia traumática y el aspecto repetitivo de la misma, expresado en la sucesión de crisis semejantes, mostraría el esfuerzo del psiquismo para dominar la situación. Esto lo lleva a homologar el terror nocturno con la neurosis traumática. La única diferencia estribaría en que en esta última el traumatismo es de origen externo, en tanto que en el primero es interno. Las condiciones externas, que sin duda existen, tales como la ausencia prolongada de la madre, la escena primaria, el nacimiento de un hermano, etc., desempeñan tan sólo el papel de agentes precipitadores.

A pesar de lo que pueda sugerir al analista el contenido onírico de los terrores nocturnos, el autor piensa que éstos no dimanen directamente de pulsiones sádicas o masoquistas: éstas pueden desempeñar un papel secundariamente, pero no son el origen de aquellos.

El autor, siguiendo a Stern, vincula el terror nocturno a las sollicitaciones a que se halla sometido el niño pequeño durante el sueño, a causa de las excitaciones genitales más o menos intensas que aquél no puede descargar, no sólo por su propia inmadurez, sino porque las descargas sensoriales o motrices son imposibles durante el sueño. Esto conduce a una situación traumática que produce el efecto de un verdadero shock sobre el organismo y cuya objetivación da origen al contenido onírico propio del terror nocturno. Primero el niño se refiere a que es mordido, comido o acosado, aunque el autor no explica satisfactoriamente cómo aquél puede expresar esas experiencias sin que en ellas entren en juego las pulsiones sádicas.

Más tarde hacen su aparición los agentes “devoradores”, “mordedores” o “acosadores”, generalmente representados por animales salvajes de gran tamaño: (animales de Zoo). Sería a través del animal devorador, que se llega al padre castrador y no a la inversa. A esta altura y como corolario de los terrores nocturnos se presentarían las primeras fobias: fobias a los espacios oscuros, así como a los lugares disimulados, ocultos y colocados detrás de sí: la conducta del niño traduce la necesidad de controlar con su vista todos los lugares que pueden albergar los objetos terroríficos que aparecen en sueños. Más tarde las primeras figuras oníricas son sustituidas por animales domésticos y sólo en el curso de la segunda infancia aparecen los animales pequeños: (ratones, murciélagos, etc.).

Si por diversas causas tanto constitucionales como circunstanciales, fracasan los esfuerzos por dominar la situación traumática, se entabla la lucha en otro nivel, específicamente en la vigilia, y es entonces cuando se establece la fobia. El carácter repetitivo de ésta es menos evidente que el de los terrores nocturnos, pero sin embargo, es patente.

Conscientemente el sujeto elude las situaciones fóbigenas, pero inconscientemente las busca, comportándose de tal manera que vuelve a encontrarlas, o extiende las fobias al punto de serle más difícil evitarlas: así, por ej., cuando el niño pasa de las fobias de los animales de Zoo a los domésticos.

Algunos sujetos pueden encontrar su equilibrio al cabo de ataques fóbicos cada vez más espaciados, en la medida en que la situación traumática puede ser dominada. En *cuanto al* pasaje de la fobia de animales grandes a los pequeños, el autor piensa que surge como un residuo del período edípico. Dichas fobias obrarían como un dique contra las pulsaciones sexuales pasivas, tomando el animal el significado del pene paterno (ratón, etc.) o el de la madre fálica (murciélagos, arañas, etc.). Finalmente la agorafobia sería expresión no sólo de la repetición del trauma original, sino de las pulsiones masoquistas, “desexualizadas”: la claustrofobia tiene su origen en el sueño típico de

persecución: la impotencia motriz (parálisis) es sustituida por el espacio cerrado que significa en última instancia una proyección espacial de las trabas en los movimientos experimentadas en el sueño.

RODOLFO AGORIO

BERTRAM D. LEWIN. — “CLAUSTROPHOBIA” (Claustrofobia). *The Psychoanalytic Quarterly*. Vol. IV. 1935.

Después de aclarar el significado del término claustrofobia (dejándolo reducido al temor de ser aplastado o aprisionado por un espacio cerrado), hace Lewin en su trabajo una pequeña revisión de los estudios realizados sobre esta enfermedad. Es una forma de histeria de angustia y algunos autores como Jones y Ferenczi la relacionan a fantasías de nacimiento, deseo de retornar al seno materno; la relacionan también a la masturbación.

Como aporte personal, y para confirmar que es una angustia específica y con defensas específicas, el autor expone un caso analizado por él. Se trata de una mujer de treinta años, sin ninguna experiencia amorosa ni sexual. Había sufrido dos ataques de angustia claustrofóbica como reacción a la posibilidad de enfrentarse con hombres con los cuales en su fantasía podía tener contactos sexuales. En el curso de su tratamiento se vio cómo, con la claustrofobia, se defendía del temor a ser tocada y cómo su temor se relacionaba al deseo de estar protegida dentro del seno materno. La angustia era en último término el temor de ser tocada y desalojada de allí por el pene del padre en el coito con la madre. Lo relacionaba al recuerdo de su observación del coito de los padres estando la madre embarazada de un hermano menor. Época en que la paciente se masturbaba y fantaseaba con el coito de los padres estando ella dentro del vientre materno.

Cita otros casos para explicar la conexión de estas fantasías de estar dentro del útero con síntomas táctiles y respiratorios en relación a las vivencias del niño dentro del útero.

La fantasía de estar dentro de la madre se inicia con la agresión y la incorporación oral. Lewin lo comprobó con la paciente antes citada. Cuando estaba por nacer su hermano (tenía ella 3 años), la paciente mordía todo en ataques de furia; esto la condujo al deseo de ser comida por la madre, ingerida e identificada con el feto.

Melanie Klein dice que la claustrofobia en algunos casos está conectada al temor de ser encerrado dentro de la madre y castrado por el pene del padre.

Vale decir que la claustrofobia es el temor de ser expelido del cuerpo de la madre por aplastamiento, micción u otra actividad del padre. Y de ahí irradiarían otros temores, por ej.: a entrar en espacios cerrados. Pero en este caso sería identificándose con el falo y no con el feto. Esta fantasía también se haría con una incorporación oral previa, la incorporación del pene.

Termina Lewin concretando que la angustia claustrofóbica está motivada por la idea de ser molestado, mientras se está dentro del vientre, por el coito parental; tiene por antecedente la fantasía de ser feto, por un ataque oral a un feto real, con incorporación e identificación oral con el mismo.

MERCEDES DE GARBARINO

LEO RANGELL. — “THE ANALYSIS OF A DOLL PHOBIA”.

(El análisis de una fobia a las muñecas). The International Journal of Psycho-Analysis, 1952. T. XXXIII-1. Pág. 43.

Este es el estudio del análisis de un hombre de 38 años, cuyo síntoma central era una fobia a las muñecas. De ella surgían una serie de derivados que se mezclaban produciendo cantidad de trastornos. Por ej.: tenía miedo a los maniqués, figuras tridimensionales, objetos de arte de forma humana. Su ansiedad se incrementaba, si se trataba de figuras del sexo femenino y más si estaban desnudas. Cualquier lámpara u objeto de pie que pudiera tomársele como figura humana, todas las salientes (brazos, manos, dedos, etc.) despertaban en el paciente una especial ansiedad. El material de que estaban hechos los objetos también influía: cuanto más frágil más fobígeno. El interponer entre él y la figura un vidrio lo defendía de su fobia. Comenzó este síntoma a la edad de 5 años.

Trae luego Rangell algunos datos históricos del paciente: tenía una hermana 7 años menor que él y otra que murió antes de su nacimiento y de la que sintió hablar de continuo cuando era pequeño. Su nacimiento provocó desagrado a la madre porque deseaba una niña para sustituir a la fallecida, tal es así que le dejó el cabello largo hasta los 4 años. Consideraba a su madre, fina, delicada, bonita; en cambio, a su padre, desaliñado, de mal carácter y con ojos extraviados. Opinión esta que varió en los últimos años opuestamente: su madre era ignorante, vacía y su padre era inteligente. Era casado pero tenía dificultades con su esposa. Tenía un hijo de 7 años. Su profesión era de fabricante de maniqués y era considerado como *muy* competente y experto. Su presencia era agradable, su voz muy masculina; era agresivo y audaz.

Uno de sus primeros temas de análisis fue la masturbación, y recordó que

una tía que “parecía una muñeca” le retó, por su masturbación; luego la prohibición hecha por parte de la madre, de tocar un espejo, prohibición que compartió el padre. Desplazó así el no tocar el cuerpo, a no tocar afuera, las cosas. La vuelta de lo reprimido está expresada en la elección de objeto, muñeca=cuerpo humano. Otro recuerdo que es considerado de importancia (5 años): estaba jugando en el baño con un pez de celuloide y de pronto descubrió un agujero, se asustó mucho y vio al pez nadar y silbar yéndose lejos de él; luego cuenta la angustia por la observación del incendio de una fábrica de celuloide y el temor de que explotara. Relaciona ambos recuerdos, el fuego-excitación en el baño, el pene explota, se separa del cuerpo, castración=el pez de celuloide, que luego deriva a las muñecas. Relacionado con esto trae un sueño, en que ve flotar su pene en el agua.

Describe luego el carácter compulsivo del paciente visto a través de varios actos: mirar el nivel del agua del water en forma repetitiva, mirar detrás de él cuando saca algo de su bolsillo, etc.

Padeció de diarreas y constipaciones, que vivió en el tratamiento con períodos de mucho material verbal (la diarrea) y otros de fuerte bloqueamiento (la constipación). El médico había indicado enemas que recordó con placer en el análisis. La vivencia de la madre fálica (que le daba los enemas) fue el punto de fijación de su sexualidad y determinó la ambivalencia hacia el objeto amado. El dinero, el tiempo y algunas personas eran tratadas por él en forma excéntrica como si fueran materias fecales. Temía por su seguridad económica y sobre todo que el análisis lo arruinara, era pues un extractor, en estos momentos gustaba de los enemas de la madre. El falo era vivido como excremento: en un sueño veía una muñeca como una comida con una salsa oscura y en una fantasía se imaginaba una serie de maniqués por un corredor oscuro que lo atacaban; el intestino con los excrementos. Utilizaba su cuerpo como falo, se acariciaba sintiendo placer y lo ponía a prueba con grandes despliegues de resistencias deportivas.

Tenía fantasías de ser atacado por una mujer, desnudado y vestido con ropas femeninas, efectuando él luego la seducción, terminando con fellatio o cunnilingus; en las mujeres de estas fantasías siempre había algo característico de su madre. Sus tendencias exhibicionistas estaban expresadas en el hecho de que los maniqués son para exhibir, por la formación reactiva de mirar figuras pornográficas mientras se masturbaba, y el placer de mirar las piernas de las mujeres, pero con medias y tacón alto, que simbolizaban también - su pene.

Su posición homosexual estaba oculta detrás de una aparente actitud donjuanesca y de su superioridad agresiva hacia sus amigos. Se aclararon a través de un sueño en que era perseguido por varios hombres que le echaban leche en la cara. Recordó situaciones de placer erótico vividas con su padre.

Su posición básica era anal y ambivalente en una actitud homo y heterosexual; deseos activos de su madre y pasivos de su padre, miedo e inhibiciones en ambos sentidos.

Relata de inmediato un sueño en el cual el paciente intenta matar a un hombre que está detrás de un vidrio de una puerta. Deduce del mismo que la muñeca (detrás del vidrio) es también el pene de su padre. Luego se pregunta por qué no puede su paciente tocar ni mirar a las muñecas, tienen que permanecer intactas, inamovibles, es decir muertas como su pequeña hermana. Destaca todas las significaciones que tenía para él su objeto fóbico: era él y su pene, su madre fálica, su padre y el pene de él, y el paciente identificado con la hermana muerta.

Destaca cómo se pudo seguir en el curso de este análisis la presentación estratificada del psiquismo tal cual la describe Freud en sus estudios sobre la histeria. Así, bajo la apariencia de una leve histeria había un carácter compulsivo; la actitud inafectiva del principio del tratamiento fue sustituida, viviendo cada situación y proyectando transferencialmente los objetos arcaicos representados en la fobia. Presenta otro caso en el que la fobia a las muñecas y los títeres servían como objeto de sublimación y no para evitar la

situación como en el caso presentado. Este segundo paciente utiliza los títeres como representantes de su avaluado y narcisísticamente representado pene. Juega con ellos, los maneja, etc. En ambos casos se trata de símbolos de representaciones inconscientes de personas o partes de ellas.

MERCEDES DE GARBARINO

CHARLES RYCROFT. — “SOME OBSERVATIONS ON A CASE OF VERTIGO”. (Algunas observaciones sobre un caso de vértigo). Int. Journal of Psycho-Analysis. T. XXXIV. Pág. 241. 1953.

El paciente era un hombre casado de 45 años, el más joven de un grupo de tres hermanas y un hermano. La madre era una mujer dominadora que sentía pena de no ser hombre y al mismo tiempo desprecio por los hombres de su familia. Sus deseos sobre su hijo era que no hiciera nada en su vida, salvo cumplir su ambición de casarlo por dinero. Esta actitud psíquicamente castradora la combinaba con otra de tipo genital a través de su costumbre de besar el pene del niño y compararlo cariñosamente con un capullo. La madre falleció cuando el paciente tenía 23 años.

El padre era un hombre aparentemente sin ambición, un mediocre viajante que trabajaba para una firma en la cual la familia de su mujer poseía intereses y se dedicaba más a pasatiempos de pesca y fotografía.

Como hombre joven, en una época en que sus intereses eran inconscientemente homosexuales, fue un experto participante de un club de cross-country. Así adoptó una actitud contrafóbica para dominar una ansiedad locomotora.

Durante su niñez sufrió de supuración de su oído izquierdo.

Aunque su madre predijo que fracasaría, tuvo mucho éxito en el comercio, luego de la muerte de ella, probando su error. Veinte años después fue

recompensado nombrándosele director de la compañía. Seis semanas después realiza su primera crisis de vértigo y aparecen persistentes síntomas neuróticos: cefalalgias, masturbación compulsiva y miedos obsesivos.

Por sus síntomas neuróticos comenzó el tratamiento analítico y al principio no se vio relación de ellos con el vértigo, tipo Ménière (acompañado de sordera del oído izquierdo, zumbidos y síntomas vegetativos en los episodios).

Se vio que el vértigo aparecía cuando el paciente estaba excitado, en elación. El análisis mostró a los diez meses una notable mejoría del vértigo. La transferencia positiva de tipo altamente idealizada produjo inmunidad para el vértigo. Pasó como en la vida del paciente, que al morir su madre y durante 20 años pareció normal, debido a su vinculación defensiva con objetos idealizados *externos*. A la inversa del sujeto verdaderamente hipo-maníaco cuyo sentido de estar de acuerdo con su super-yo lo hace patológicamente independiente de los objetos externos, el paciente necesitó el soporte de objetos idealizados en el mundo externo para compensar su sentimiento de ser desaprobado por su super-yo.

La parte más peligrosa y amenazadora del super-yo siendo una madre internalizada fálica y castradora, el objeto bueno externo tenía *que ser* actual o simbólicamente masculino. El nombramiento de director derrumbó estas defensas de tres modos.

Primero exigió cualidades en él de tipo activo, siendo su carácter pasivo. En segundo lugar ya no podía “pedir- prestada” potencia a los negocios, a los otros directores que se habían vuelto sus iguales, sus rivales. En tercer lugar, lo más importante, es que tomando una posición masculina, él desafiaba a su madre internalizada fálica y se sentía culpable de usurpar su poder. Así la falla de sus defensas omnipotentes produjeron regresión a tempranas etapas orales, esquizoides. Aun cuando la relación *con un trastorno orgánico* de su oído izquierdo *no puede* negarse, se pudo comprobar durante el análisis que el

vértigo representaba un medio de descargar tendencias agresivas debidas a un conflicto entre el yo y el super-yo. Representaba el deseo del paciente de destruir su madre interna y provocar una casi completa disolución de sus relaciones internas de objeto. Las siguientes consideraciones sugieren que esta interpretación es correcta:

1º) Hacía notar que las cosas giraban, que las cosas girando, como la casa, podían destruirse. Así también pasaba en sus sueños. Era demoler su madre interna para adquirir potencia sexual y liberarse psicológicamente.

2º) En sueños veía gente girando, nunca a él, sino subrogados de su figura femenina superyoica, o sea de su objeto de envidia.

3º) Su idea de una explosión catastrófica en las cuales él y los demás de los cuales dependía fueran destruidos, ejercía una gran fascinación sobre él y era la base de sus miedos obsesivos. La relación sexual era “bam”! Las implicaciones sádicas y anales de este ruido eran obvias. Así, el vértigo se equiparaba a la defecación. Pero también indicaba que su vértigo no sólo era agresivo, sino sado-masoquista.

F. RAMIREZ

EDITHA STERBA. — “ANALISIS DE UN CASO DE FOBIA A LOS PERROS”. Revista de Psicoanálisis. Tomo V, N° 3, Año 1948, Buenos Aires.

La autora nos presenta un caso de análisis de fobia, con los diferentes mecanismos que la caracterizan. Se trata de una niña de siete años y medio de edad, con un temor acentuado a los perros. Los datos de su historial clínico nos revelan un ambiente normal. Como consecuencia de enfermarse de sarampión e indicarle el médico un enema diario, (bien tolerado) se suscita en ella gran miedo a ensuciar su cama; resultando una situación casi intolerable cuando algo

así sucedía. Después de la enfermedad, surgió sorpresivamente su fobia a los perros, que la inhibía de toda actividad: (juegos, estudio, paseos, etc.).

La autora presenta parte del material de análisis de la niña: solamente el que aclara su fobia a los perros. Expone con claridad la enfermedad, su tratamiento y su curación, agregando al final observaciones sobre su origen (que se remonta a un episodio ocurrido cuando la niña tenía tres años); luego describe esta fobia a los perros que expresaba el temor a ser dañada por el padre (concepción sádico-anal del coito), y al mismo tiempo, constituía una defensa pasiva masoquístico-anal contra la madre, ya que los perros simbolizaban ambas figuras parentales. Finalmente, la autora hace un detallado examen de las diferentes posiciones y transformaciones por las que pasa la libido de la enferma, para terminar mostrando la estructura de una nueva neurosis de tipo obsesivo, su desarrollo y curación.

MARTHA LACAVA MEHARU

MOM, JORGE. — “ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE INTERPRETACION EN LAS FOBIAS”. Revista de Psicoanálisis. T. XIV, N° 1-2, 1957. Buenos Aires.

Este trabajo estudia la producción, aparentemente paradójica, de reacciones de angustia intensísimas por interpretaciones “superficiales” en pacientes fóbicos. El autor estudia esta reacción particular en el caso de una paciente agorafóbica, donde se presentó con tal intensidad que llegaba a volverse inmanejable y a imposibilitar momentáneamente el trabajo analítico.

Se trataba de una interpretación de resistencia transferencial casi de rutina en cualquier análisis, pero, una vez desencadenada la angustia, cualquier otro intento de interpretación no hacía más que incrementarla en vez de aliviarla.

La paciente reaccionaba a la interpretación como al encuentro con su objeto fóbigeno: el analista mismo se había pues transformado en objeto fóbigeno. Se entiende entonces que, si el analista se ha transformado en un objeto que el fóbico proyecta fuera de sí mismo y controla por el mantenimiento de la distancia, la interpretación provoque más angustia al acortar la distancia.

La angustia se vuelve demasiado intensa e inmanejable por la activación de los mecanismos primitivos esquizo-paranoides subyacentes a la fobia.

Uno puede preguntarse qué tipo de interpretación convendría a esta altura del análisis de los fóbicos. Toda interpretación que no permita al paciente la discriminación de su objeto arcaico y de su objeto fóbigeno actual (el analista), es decir, que no le permita establecer la distancia entre éste y aquél, debe necesariamente producirle más angustia.

La conclusión técnica de estas observaciones es la necesidad de manejar muy cuidadosamente la “distancia” entre paciente y analista, procurando disminuirla, pero en forma paulatina. Si el temor esencial del fóbico es que su analista “se meta” con él, se necesita todo un trabajo que se realiza sobre todo con interpretaciones extra-transferenciales, para hacer posible en el paciente la discriminación entre su analista y los objetos y partes del yo proyectados que lo angustian. Recién establecida esta discriminación, se puede recurrir al uso sistemático de las interpretaciones transferenciales.

WILLY BARANGER

MOM, JORGE. — “ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL CONCEPTO DE DISTANCIA EN LAS FOBIAS”. Revista de Psicoanálisis. T. XIII, N° 4, 1956. Buenos Aires.

El autor parte de la relación, establecida en los trabajos de Melanie Klein,

de Fairbairn y de otros, entre la disociación histérica y la disociación esquizo-paranoide. Recalca que esta angustia esquizo-paranoide de base se manifiesta en la disociación de dos clases de angustia y de dos regiones del espacio en las fobias (y más claramente en la - agorafobia). En la agorafobia, existe una angustia manifiesta frente a ciertas regiones del espacio, y una angustia latente más fundamental frente a la soledad. La angustia frente al espacio tiene una función para el fóbico: adquiere para él el carácter de un acompañante sin el cual no puede vivir. Le permite controlar su angustia fundamental frente a la soledad.

La disociación del espacio tiene una función análoga: permite al enfermo constituirse un “baluarte”, una región espacial separada del peligro por una distancia o un límite. La disociación del espacio en “dos espacios” evita al enfermo la indiferenciación total, el espacio indiferenciado de la soledad que significaría para él el vacío y la destrucción. Angustia espacial y disociación del espacio tienen por finalidad el establecer límites y evitar la desintegración.

Esta situación se debe a la introyección previa de un objeto idealizado y no asimilado, que el sujeto tiene que alimentar constantemente a expensas suyas y que lo está parasitando. En este objeto se centralizan fantasías contradictorias de destrucción y de reparación. El autor ejemplifica este tipo de relación con el objeto interno con el caso de una agorafóbica embarazada, donde aparecía muy claramente la necesidad de establecer una distancia entre ella y su objeto (feto) invasor.

El autor destaca a continuación las consecuencias que tienen estos procesos para el análisis de los fóbicos. En la situación transferencial también la angustia máxima del paciente es la pérdida de distancia con el analista (sea vivenciado éste en un momento dado como “bueno” o como “malo”). Así la transferencia positiva se vuelve intensamente angustiosa para los pacientes porque involucra el peligro de pérdida de distancia que significa la aniquilación. Por esto, en el plano técnico, resulta esencial centralizar la interpretación sobre

la distancia que interpone el paciente entre él y el analista: este factor es más importante que el carácter bondadoso o persecutorio del analista.

WILLY BARANGER

KATAN, ANNY. — “THE ROLE OF “DISPLACEMENT” IN AGORAPHOBIA” (El papel del “desplazamiento” en la agorafobia). *The International Journal of Psycho-Analysis*. Volumen XXXII. 1951. Págs. 41-50.

El autor expone un análisis conceptual del desplazamiento como mecanismo de defensa, acotando los estudios de Freud y discípulos, al través del síndrome agorafobia. Enfoca, a tal efecto, la etapa puberal como exaltación y cristalización manifiesta de aquel padecer. Exhibe dicha etapa con las vicisitudes instintivas y relaciones objetales, destacando el desenvolvimiento normal; vale decir el desligamiento de la libido de las catexias edipianas; y por otra parte la fijación mórbida y su desplazamiento consecutivo. Desarrolla el análisis interpretativo de sus casos clínicos, evidenciando en uno de ellos el desplazamiento como mecanismo de defensa, el significado simbólico de la calle y la configuración edipiana del comportamiento de una paciente agorafóbica, iniciándose el padecer en la pubertad. En el otro caso la exposición trata de un sujeto con bulimia y perversión surgida a los catorce años; interpretando el aspecto transferencial al través de un “desplazamiento”, pero con características distintas del así llamado comúnmente; surgiendo un proceso de comportamiento o actitud que el autor denomina “removal”, que podría traducirse por remoción. Considera el “removal” como un mecanismo o proceso estructural que ocurre una sola vez es irreversible y singular, promueve la libertad de catexias libidinales y elección de objetos no distorsionados por deseos incestuosos inconscientes. En tanto que el agorafóbico se defiende, es

hostil a sus impulsos y consecuentes objetos, mantiene el desplazamiento que se rige por las leyes de los procesos primarios; sin embargo, si perdura la represión del objeto y los impulsos se le imponen, se orienta hacia un comportamiento “perverso” o conducta de prostitución. Fantasías de prostitución aparecen en todo adolescente; es una actitud defensiva, transaccional, que declina después y se orienta hacia el hallazgo del objeto real y adecuado. En la agorafobia sería desplazado el producto de la defensa, pues el deseo inconsciente permanece inconsciente y busca su gratificación. Ansiedades incestuosas son sustituidas por la agorafobia; en tanto que en el púber fantasías incestuosas pueden llevar a relaciones sexuales con objetos externos. La diferencia que establece el autor entre “removal” y desplazamiento es, pues, de fuerte relieve progresivo ascensional. No se puede aplicar el término removal al fenómeno cursando en la niñez, en tanto que sí, desplazamiento; también desplazamiento siempre que tratemos con tendencias infantiles reprimidas en la etapa puberal o adulta. El concepto “removal” debe ser reservado al proceso que elimina las tendencias incestuosas definitivamente; por este proceso el adolescente ha desarrollado y ha adquirido la habilidad para amar como adulto sano y ha posibilitado su genitalidad normal.

MIGUEL SESSER

HANNA SEGAL. — “A NOTE ON SCHIZOID MECHANISMS UNDERLYNG PHOBIA FORMATION” (“Nota sobre mecanismos esquizoides subyacentes en la formación de la fobia”). The International Journal of Psycho-Analysis. Volumen XXXV. Part. 2, 1954.

La autora presenta en este artículo el material de una enferma de cuarenta años que había tenido severas dificultades de alimentación y de relación con sus padres en la infancia, y que llegó al análisis por tres clases de síntomas:

a) Síntomas de despersonalización y desrealización.

b) Varios síntomas hipocondríacos e histéricos que la llevaron a distintas mutilaciones quirúrgicas.

c) Fobias graves, especialmente a la gente y a las comidas, concretadas en particular a los restaurantes; a consecuencia de ellas adquirió una anorexia tan grave, que debió ser hospitalizada, antes de comenzar su análisis.

Durante los primeros años de su análisis, la situación transferencial osciló entre intensas ansiedades persecutorias, y fuertes idealizaciones, caracterizándose la paciente por una gran inhabilidad para soportar las frustraciones.

Su mecanismo de defensa más importante era la identificación proyectiva, como se ve en sus sueños; especialmente el de empaquetar, sueño que se repetía frecuentemente y que estaba conectado a la época en que tuvo que dejar a su madre para ir como pupila a un colegio. La inhabilidad para empaquetar expresaba en la situación transferencial, la proyección de partes de ella en la analista; esto se veía confirmado en la interpretación por otra clase de sueños (los sueños desparramados).

El aspecto idealizado de la analista aparecía en el material de “las píldoras rosadas” que había tomado para evitar una noche desparramada; habló de las virtudes de las píldoras rosadas, correspondientes éstas a los dos pechos idealizados que debían protegerla del hambre y desintegración; pero esta idealización era una negación de sus ataques, puesto que recordó que esas píldoras rosadas estaban llenas de una sustancia marrón repugnante.

La fobia a los restaurantes era el resultado de su identificación proyectiva. El restaurante ocupaba el lugar de la madre amamantándola; siente que ha puesto en la gente y en la comida su orina y materias y partes de ella misma, y

por lo tanto se despersonaliza, teniendo miedo a la gente que tiene partes malas de ella misma, y de la comida mezclada con sus excrementos; tiene entonces que evitar el restaurante para no tener que reintroyectar sus partes malas.

La autora señala que la paciente estaba fijada en la posición esquizo-paranoide. En esta etapa cualquier frustración era sentida como una verdadera amenaza de muerte y desintegración del yo; y como consecuencia hacía un fuerte uso de la identificación proyectiva.

En la situación analítica ella proyectaba pedazos de ella misma dentro de la analista, para evitar la separación y de esa manera controlarla. Como resultado se sentía perseguida, con temor a la gente, a la comida, etc., y trataba de defenderse sin éxito de esta persecución con la idealización: “las píldoras rosadas”.

-Su yo estaba desintegrado por el abuso de la identificación -proyectiva.

Harma Segal, siguiendo a Melanie Klein, sostiene que la función de las fobias es evitar esas situaciones catastróficas.

La paciente proyectaba sus fantasías en situaciones externas bien localizadas, las que era entonces capaz de evitar.

JUAN CARLOS REY

