

Notas acerca del Análisis Lego

WILLY BARANGER

MONTEVIDEO

El hecho de que un psicoanalista plantee hoy en día este problema puede parecer un excesivo atrevimiento, ya que el propio Freud ha dicho sobre él todo lo fundamental en “El análisis profano”. Algunas personas piensan sin embargo que el problema ha variado desde entonces —o que la evolución del psicoanálisis nos obliga a un planteo distinto del que hacía Freud. Pero la integración de muchos conocimientos analíticos en las corrientes más adelantadas de la medicina actual —pensamos por ejemplo, en la psiquiatría de orientación psicoanalítica, o en la medicina “psicosomática”— constituye la creación de un nuevo campo de investigación, de una nueva aplicación del psicoanálisis, y no significa en absoluto una absorción del psicoanálisis por la medicina. Se ha creado una zona fronteriza, accesible tan sólo a personas que sean a la vez médicos, psicoanalistas y decididas a dedicarse a una actividad nueva y fecunda.

En todo caso, y esto bastaría para justificar nuestro intento, situaciones recientes invitan a una nueva consideración del tema del ejercicio del análisis. La solución de este problema depende directamente de problemas previos: ¿Qué tipo de ciencia es el psicoanálisis? ¿Puede considerarse como una rama especializada de la psiquiatría? ¿o es una parte de la psicología? Es claro que si el psicoanálisis pertenece a las ciencias médicas, nuestro problema está solucionado de antemano.

En el caso contrario, nuevos interrogantes se plantean. ¿No puede presentar inconvenientes prácticos el análisis lego? ¿Pueden las leyes aceptar que personas no médicas se dediquen a “curar enfermos”, por particulares que estos

sean? ¿Hay ventajas en aceptar el análisis lego?

Y también: ¿Por qué, entre los analistas mismos, no ha recibido este problema una solución unánime? ¿Por qué se niegan varias asociaciones psicoanalíticas a formar legos?

Aceptando que las contestaciones a todas estas preguntas fueran favorables al análisis lego, quedaría aún el problema de la formación que debe recibir el futuro analista.

I) EL PSICOANÁLISIS COMO CIENCIA

Es indiscutible que el psicoanálisis se ubica dentro de las ciencias del hombre, y no dentro de las ciencias biológicas que constituyen el fundamento esencial de la medicina. Es cierto que tiene una frontera común con la psiquiatría, pero esta misma es una ciencia fronteriza con respecto a la medicina, tironeada entre la tentación de reducir la patología mental a procesos químico-biológicos (ver la noticia recurrente en la prensa desde cuarto siglo, que “se ha descubierto un medio químico de curar la esquizofrenia”, lo que “infirmo” los descubrimientos analíticos y la necesidad de comprender como significativos los fenómenos que está observando.

Si la psiquiatría como ciencia tiene un estatuto ambiguo, no podríamos decir lo mismo del psicoanálisis. Tanto los fenómenos que estudia como su enfoque para estudiarlos y como la totalidad de sus conceptos y teorías operacionales pertenecen sin duda posible a la psicología. ¿Qué estudia el psicoanálisis? Estudia acontecimientos humanos, situaciones que se producen en un campo determinado, la situación experimental bi-personal creada entre el analista y el analizando. Los estudia en su perspectiva temporal y en su manifestación presente, tales como se expresan en el diálogo analítico. Un

psicoanálisis es un diálogo, un diálogo especial, con sus reglas estructurales determinadas en tal forma que la expresión del analizando sea lo más libre posible y que la intervención del analista se limite a facilitar esta expresión, a traducir sus significados latentes en palabras, permitiendo así la aparición, la comprensión y la modificación de vivencias y emociones múltiples y el progreso del analizando. El psicoanálisis es la interpretación verbal del campo bipersonal creado por la transferencia del analizando y la contratransferencia del analista.

Las teorías y los conceptos del psicoanálisis tienden a dar cuenta de los múltiples aspectos de esta situación bipersonal. Es decir, que todos los conceptos analíticos pertenecen a la psicología, trátense de vivencias, de emociones, de fantasías inconscientes, de centros funcionales de la personalidad (yo, ello, superyo), de objetos, o de mecanismos de defensa. El estudio de la situación bipersonal permite la formulación de leyes psicológicas generales, pero la validación básica de éstas siempre se encuentra en dicha situación.

También el enfoque técnico del psicoanálisis se limita **estrictamente** al plano psicológico. El analista aún si es médico, se limita como analista a la intervención interpretativa en el campo bipersonal, evitando la revisión somática del paciente, los procedimientos de diagnóstico médico, el recetar, el aconsejar y toda intervención en la vida del paciente. Lo que interesa al analista en un proceso somático de su paciente, no es el fenómeno fisiopatológico en sí, sino la vivencia que tiene el paciente de este proceso. El analista, cuando interpreta una cefalea o una náusea en función de la situación de su paciente, sabe perfectamente que no agota el determinismo del fenómeno, y que éste podría ser resuelto por otros procedimientos, la mayoría de las veces más sencillos y expeditivos. El mismo paciente no espera de su psicoanálisis la solución de las dolencias somáticas que pueda tener-ni aún, en la mayoría de los casos, de las psicósomáticas.

Por esto, la delimitación de la psicogénesis —o, la del determinismo psíquico y del determinismo somático— por interesante y ardua que sea en el plano de la etiología teórica, no tiene mucha importancia en el plano práctico (excepto, naturalmente, en lo que concierne a la indicación del psicoanálisis).

En esencia y por su fundamento, la ciencia psicoanalítica no puede confundirse con las ciencias médicas (a menos de incluir la psicología dentro de estas ciencias, lo que contradiría toda la evolución científica actual, que reconoce más y más la autonomía de la psicología como ciencia y como práctica). Tiene fronteras Comunes con la medicina, como las tiene con la sociología, pero no tiene frontera privilegiada, no está más cercana de la medicina que la sociología.

Freud lo escribía en 1927, y con más razón lo escribiríamos hoy en día: “... el psicoanálisis no es una rama especializada de la medicina, y por mi parte no concibo que sea posible dejar de reconocerlo. El psicoanálisis es una parte de la psicología, ni siquiera de la psicología médica en el viejo sentido del término, ni de la psicología de los procesos mórbidos, sino simplemente de la psicología a secas”. (1)

Lo que se dice del psicoanálisis como ciencia también puede decirse de él como técnica. Su instrumento de acción es la palabra. Su modo de conocimiento esencial de los fenómenos que aparecen en su campo específico es la comunicación verbal. Se dirá que también la medicina “interpreta” fenómenos y utiliza la comunicación verbal del enfermo. Pero, si bien toda ciencia es interpretación de los fenómenos, no lo es en el mismo sentido. Una cosa es interpretar signos observables de un fenómeno y deducir de su presencia la existencia de otro fenómeno escondido (por ejemplo deducir de un conjunto de síntomas somáticos la presencia de un agente patógeno), y otra cosa es

interpretar para **un** sujeto el significado de tal o cual pensamiento que comunica. Interpretar un objeto e interpretar para ampliar la conciencia de un sujeto.

El psicoanálisis tiene su campo u objeto particular, su método particular radicalmente distinto de los métodos psiquiátricos, su técnica propia: todo esto perteneciendo a la psicología.

II) EL EJERCICIO DEL PSICOANÁLISIS

La consecuencia práctica que se desprende del fundamento del psicoanálisis en la ciencia psicológica en cuanto a quiénes pueden ejercer el psicoanálisis no puede ser más obvia: pueden ejercer el psicoanálisis las personas que han aprendido el psicoanálisis según las normas internacionales, elaboradas por medio siglo de experiencia, y que se han adiestrado en la técnica analítica.

Por esto, la discusión entablada recientemente en nuestro ambiente para saber si el ejercicio del psicoanálisis por legos era o no “intrusismo en la actividad médica” carece de todo significado. Aún resulta muy sorprendente la pretensión de algún organismo profesional a estatuar sobre quién debe y quién no debe ejercer el psicoanálisis, cuando este problema pertenece básicamente a los psicoanalistas. Resultaría *igualmente* absurdo que la Asociación Psicoanalítica quiera opinar sobre la formación idónea para un psiquiatra, o que un gremio de zapateros opine sobre la formación idónea del albañil. ¿De qué lado está el “intrusismo”?

No se puede hablar de “intrusismo” porque el psicoanálisis no es, ni pretende ser una actividad médica.

Pero, se dirá, ¿Uds. tratan enfermos? Sí y no. Sí, en la medida en que una parte de las personas que emprenden un psicoanálisis sufren de trastornos mentales. No, en la medida en que otra parte —y en ninguna forma la menor—

¹ “Apéndice al Análisis Profano”.

son personas “normales” en el sentido psiquiátrico. *El* problema surge de esta zona fronteriza común de personas que pueden relevar de técnicas sea psiquiátricas sea analíticas. Las demás no pertenecen de ninguna manera al campo del psiquiatra.

En todo caso, sean enfermos o normales, el psicoanalista trata a su paciente como persona y no como enfermedad. *Quiero* decir con esto, que la finalidad del proceso analítico es una **modificación de la personalidad** y no la **desaparición de síntomas**. Se consigue la desaparición de los síntomas de rebote, en la medida en que la persona progresa y puede prescindir de ellos.

La incompatibilidad entre el procedimiento analítico y el procedimiento psiquiátrico ejercidos por el *mismo* terapeuta *con el* mismo paciente, llega a tal punto que un analista psiquiatra tiene que recurrir a menudo a un colega psiquiatra para su paciente cuando se necesita la aplicación conjunta de un tratamiento psiquiátrico. Una misma persona no puede sin perturbar gravemente el procedimiento analítico actuar como analista y como médico hacia un mismo paciente, no descartando esto, por supuesto, que este paciente pueda necesitar de una ayuda médica conjunta.

Pero examinemos el problema de la “zona fronteriza”, del “*no man’s land*” de pacientes que podrían recurrir sea al psicoanálisis, sea a la psiquiatría. Por la existencia de esta zona se explica la impresión de muchos psiquiatras —impresión repetidamente formulada y publicada— que los psicoanalistas, y particularmente los psicoanalistas legos, invaden su propiedad privada y se hacen “competencia desleal”. Las cosas no son tan así: en la inmensa mayoría de los casos, las personas de esta zona han sido ya sometidas a varios tratamientos psiquiátricos antes de recurrir al análisis por indicación del psiquiatra; éste, como es natural, prueba primero los procedimientos terapéuticos menos complicados que un

psicoanálisis, que tiene a su disposición, y recurre al análisis cuando las demás soluciones han fallado. No veo aquí ninguna competencia, menos aún “desleal”.

Esto en el plano práctico. En cuanto al plano teórico, el argumento básico de los que se oponen al análisis lego es el siguiente: todo fenómeno patológico —toda “enfermedad”— pertenece al campo de la medicina y por consiguiente no puede ser tratado sino por un médico. Es una petición de principios evidentes. El progreso de los conocimientos ha ampliado considerablemente el concepto de lo patológico y lo ha introducido en campos que no pertenecen a las ciencias médicas, particularmente en la psicología y en la sociología. Una familia desavenida es un fenómeno patológico, un equipo de trabajo que no rinde es un fenómeno patológico, una nación en crisis es un fenómeno patológico. Pero el médico, como tal, no está habilitado para intervenir en estos campos patológicos porque no ha sido formado para esto. Si su función social lo lleva a menudo a actuar como consejero, lo hace en forma empírica, con su buen sentido, y sin poseer los conocimientos ni la técnica para actuar sobre estos fenómenos. La familia desavenida concierne al psicólogo o al psicoanalista, el equipo que no rinde, concierne al psicoterapeuta de grupos, la nación en crisis está en el campo del sociólogo y del estadista.

O el médico quiere reservarse toda “enfermedad” aunque como tal no sepa sus motivaciones ni posea los medios técnicos para solucionarla, o tiene que reconocer la necesidad de otros especialistas, dotados de los conocimientos científicos necesarios y adiestrados en la técnica apropiada para “curar enfermedades” que le escapan. A menos de caer en un “pan-medicismo” carente de fundamento científico, debe limitar su concepto de la medicina a los fenómenos que las ciencias médicas pueden conocer y que el arte médico puede curar.

Ahí se resuelve nuestro problema. ¿Está un médico general o un psiquiatra habilitado para ejercer psicoanálisis? Indudablemente, no. El hecho de que las leyes —que tan a menudo y tan equivocadamente se invocan en este conflicto—

permitan que cualquier médico se titule “psicoanalista” sin serlo no descarta que se trate de una forma de curanderismo. La conciencia profesional de la inmensa mayoría de los médicos y psiquiatras reduce por suerte este tipo de curanderismo a proporciones desdeñables.

Se invoca a menudo el interés de los pacientes que recurren a un analista, punto de vista primordial en el asunto. El interés de los pacientes está en recurrir al especialista que conoce sus problemas y los puede ayudar. Está en recurrir a un psicoanalista cuando lo necesitan y a un psiquiatra cuando su problema es de índole psiquiátrica. Sobre todo está en recurrir a un psicoanalista que sea psicoanalista; lego o no.

Por costumbres arraigadas, ocurre con suma frecuencia que se consulte a un psiquiatra por los problemas psicológicos más diversos (por ejemplo: un niño que no rinde en la escuela, una mujer que no puede querer a su marido ni a sus hijos, un hombre que sufre de impotencia eréctil, o que se encuentra descontento en su profesión, etc., etc.). En algunos de estos casos, el psiquiatra puede hacer algo más que dar un apoyo superficial y esperar que las cosas se solucionen solas. Pero lo más frecuente es que el apoyo no baste y que la naturaleza del problema escape a su actuación. En todos estos casos el interés de los pacientes sería dirigirse a personas especializadas en los problemas que los aquejan.

Sabemos muy bien que un paciente puede consultar por un trastorno secundario y más aparente, que esconde en realidad la dolencia más grave; que toda consulta puede encubrir una psicosis grave, una afección neurológica, un trastorno somático de importancia. En otras palabras: que un diagnóstico diferencial es imprescindible y que el médico debe obviamente intervenir en este diagnóstico diferencial. Lo sabemos aún mejor que muchos psiquiatras no analíticos, que pueden a veces prescindir de diagnóstico psicológico.

Por esto tomamos la precaución de exigir del paciente un diagnóstico médico o psiquiátrico antes de empezar un psicoanálisis y recurrimos al médico

muy frecuentemente en un tratamiento analítico.

Si el peligro de una indicación equivocada del psicoanálisis está reducido en esta forma (se sabe por otra parte que el peligro de un diagnóstico y de una indicación equivocados no puede ser totalmente eliminado ni en la propia medicina) se alegrará que el médico analista tendrá más facilidad que el lego para despistar la aparición de trastornos orgánicos en el curso de un psicoanálisis. Es posible, pero tampoco es la función de un psicoanalista despistar trastornos orgánicos, y, ya sea médico o no, le faltan los medios de diagnóstico imprescindibles en medicina (para empezar, la mera revisión somática del paciente), y acude a un médico —lo que hace casi siempre el mismo paciente en forma espontánea— cada vez que se plantea un problema de este tipo.

Todo esto está muy bien, dirán, pero ¿por qué no exigir que todos los psicoanalistas sean médicos y suprimir así el problema?

Primero, por una razón de buen sentido: no existe ningún motivo para prohibir a personas el ejercicio de una profesión si son capacitadas para ejercerla, bajo el pretexto de que no están capacitadas para ejercer otra profesión distinta a la suya (la medicina).

Segundo, porque la carrera psicoanalítica se hace más y más larga, y que la formación médica, muy larga también, distrae esfuerzos que serían mejor orientados en otra dirección para personas que piensan dedicarse al psicoanálisis. Escasean obviamente los psicoanalistas con relación a las necesidades colectivas, y tal política equivaldría a incrementar la escasez.

Tercero, porque la formación médica no constituye de ninguna manera una formación cultural privilegiada para el aprendizaje del psicoanálisis. Tropezamos aquí con un prejuicio muy arraigado en contra de esta afirmación, y relacionado con el “pan-medicismo” que ya mencionamos. Todos los médicos que han realizado una formación analítica realmente profunda pueden testimoniar de la dificultad que tuvieron para cambiar de **enfoque a** la vez en sus conocimientos y en su trato con los pacientes. Han tenido que adquirir una

formación nueva, que no se halla en la prolongación de su formación anterior, sino muchas veces en contradicción con ella (por *ejemplo*: resistir al deseo de medicar un paciente de análisis que pide y obviamente necesita medicación). Nos parece muy lógico y loable que los médicos valoren su formación, que les ha costado muchos esfuerzos y sacrificios. No nos parece lógico que la piensen imprescindible ni para la adquisición de conocimientos ni para el ejercicio de una práctica que no son del resorte de la medicina.

Cuarto, porque el desarrollo de la investigación psicoanalítica exige la coexistencia, en un Instituto de Psicoanálisis, de psicoanalistas dotados de formaciones previas diversas, y esto en beneficio mismo de los médicos psicoanalistas. Estos necesitan rozarse con investigadores dotados de otra *óptica*, de *otras* formas de pensar, de otros métodos (lo mismo que los demás necesitan trabajar junto con médicos). Bueno, dirán, ¡que investiguen, pero que dejen de psicoanalizar! Esto sería pura y sencillamente suprimirlos. No puede existir *un* psicoanalista que no psicoanalice a nadie. La teoría y la práctica están aquí tan relacionadas como en otra parte; sería como impedir a un físico que pase el umbral de un laboratorio. Además las múltiples aplicaciones del psicoanálisis exigen la colaboración de personas que sean formadas a la vez como psicoanalistas (en el sentido integral, práctica incluida) y en la rama del conocimiento o de la práctica donde se aplica el psicoanálisis. No se puede exigir razonablemente de una misma persona que sea un buen médico, un buen analista y un buen sociólogo, por ejemplo. Estamos convencidos de que el psicoanálisis puede tener aplicaciones sociológicas de mucha importancia: ¿por qué tienen que ser obra de aficionados en sociología? O aceptamos como necesaria la convivencia de especialistas distintos (además, naturalmente, de los especialistas sencillamente en psicoanálisis) en un Instituto Psicoanalítico, o exigimos del psiquiatra analista que sea una enciclopedia, sabiendo que no lo puede ser.

¿Y el problema legal? Cada uno sabe que las cosas van más rápido que las

leyes. Una profesión nueva pasa por cierto tiempo de actividad privada y autónoma antes de ser legislada y reglamentada. En este país, las leyes no contemplan el problema del ejercicio del psicoanálisis porque no había psicoanálisis cuando se hicieron las leyes. Uno, si se le antoja, puede dar un sentido profético a las disposiciones legales vigentes, pero renunciando a contemplar con seriedad el desarrollo científico y las necesidades sociales.

Si se estima el momento maduro para *una* legislación de esta actividad todavía incipiente, que se haga la legislación. Pero el legislador, teniendo en cuenta el interés básico del progreso científico en este país y la necesidad de desarrollar en la forma más provechosa posible una de las ramas del conocimiento no podrá pasar por alto las necesidades básicas de funcionamiento de un instituto psicoanalítico, sobre las cuales, y después de todo, los psicoanalistas están algo mejor informados *que* cualquiera.

III — LA ACTITUD DE LAS DISTINTAS ASOCIACIONES PSICOANALITICAS DEL MUNDO HACIA EL ANALISIS LEGO

Sus razones, me dirán, no convencen ni a los propios analistas, ya que algunas Asociaciones Psicoanalíticas han renunciado a formar a no-médicos.

Se han difundido sobre este tema una cantidad de informaciones erróneas. Se han citado, entre las Asociaciones Psicoanalíticas que se niegan a formar a personas no médicas, el caso de una de las asociaciones francesas, el de las asociaciones de Holanda, Bélgica, Suiza, y en nuestro continente, el caso de la Asociación Brasileira. Todos estos datos son absolutamente falsos, como lo puede comprobar cada uno que desee realmente informarse por la lectura del “Roster of the International PsychoAnalytical Association”, lista de todos los miembros de las asociaciones psicoanalíticas del mundo, con sus respectivos

títulos universitarios.

Estas informaciones erróneas tienen por obvia finalidad influir la opinión pública representando la actitud de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay al considerar necesaria la formación de psicoanalistas legos como una excepción, cuando la actitud inversa es la realmente excepcional.

Pero el hecho, aunque se le quisiera dar mayor amplitud de la que tiene, queda: algunas asociaciones psicoanalíticas han renunciado a formar legos, y sobre todo la asociación psicoanalítica norteamericana. El hecho existe, pero nos falta ver lo que significa.

En otras palabras: ¿Cómo ocurre que algunas asociaciones psicoanalíticas, que, desde su fundación hasta cierto momento de su evolución, admitían analistas legos, les cierran sus puertas en ese momento? ¿Es que se dieron cuenta de que estos analistas servían menos que los analistas médicos? Obviamente no, pues cuando así ocurre los analistas legos ya formados siguen trabajando, y muchos de ellos en las funciones didácticas, es decir en funciones de particular dificultad y responsabilidad. Estas asociaciones incurren, pues, en una flagrante contradicción: o todos los psicoanalistas legos adecuadamente formados son aptos para ejercer su profesión, y no se pueden cerrar las puertas de la enseñanza a los legos; o ninguno es apto y los antiguos no sirven más que los nuevos, y menos aún sirven en funciones didácticas más difíciles que las terapéuticas.

Como no podemos suponer que los miembros de esas asociaciones carecen del principio más elemental de la lógica —el principio de identidad y no contradicción— debemos atribuir a la incidencia de un factor externo la decisión que tomaron esas asociaciones psicoanalíticas.

Efectivamente ocurre así. El conflicto que suscita actualmente en este país el desarrollo del psicoanálisis no es un fenómeno único ni aislado. Este fenómeno ya se produjo en Viena, en Londres, en París, en Nueva York, en Buenos Aires, y en todos los lugares donde se desarrolló y progresó un

movimiento psicoanalítico. Si no es un fenómeno justificado, es un fenómeno estadísticamente normal.

Es comprensible que ciertos ambientes médicos y particularmente psiquiátricos vean con recelo el crecimiento de un movimiento psicoanalítico, por la fantasía de despojo que ya he mencionado, y sobre todo por sentir lesionado su sentimiento de omnipotencia. Cada uno sabe —y más si ha analizado, como es mi caso, a muchos médicos— que la profesión médica es vivida, tanto por el público como por los propios médicos, en una forma en parte mágica. Además de su enorme importancia objetiva, social, además de su valor científico plenamente demostrado, la profesión médica tiene sus aspectos mágicos. La profesión médica no es equiparable psicológicamente a las otras profesiones. Un médico es distinto a un ingeniero, a un abogado, a un arquitecto. El médico tiene el derecho de ver desnudos a los seres humanos, y sobre todo preside a su vida y a su muerte. Es comprensible que este poder real sea vivido con características mágicas.

Por su lado, el psicoanalista es también vivido con características mágicas. Es la persona a quien se dice todo: lo sexual, lo vergonzoso, lo sucio, lo destructivo. Se le dota de poderes, de maldades, de perfecciones, que no tiene en realidad. Se crean alrededor de él innumerables mitos (el psicoanálisis espera a su folklorista, a una persona que recoja y analice la leyenda del psicoanalista). Otra comprobación de este fenómeno se encuentra en los chistes que circulan o se publican acerca del psicoanálisis, y que son una tentativa de amaestrar los aspectos mágicos del psicoanalista.

En la lucha que siempre se produce entre una asociación psicoanalítica llegada a cierto punto de su desarrollo y ciertos ambientes psiquiátricos, no hay básicamente una competencia económica. Primero, porque nadie intenta —y menos los psicoanalistas— arrebatarse al médico su justa importancia social ni sus justos privilegios. Segundo, porque los psicoanalistas son siempre una ínfima minoría con relación al cuerpo médico, y no pueden, por una razón

meramente numérica ejercer ninguna influencia apreciable en la competencia profesional entre los médicos. El ejemplo del conflicto actual en este país es particularmente demostrativo en este sentido. Se hicieron una campaña de prensa e innumerables trámites y maniobras ante organismos oficiales a propósito de tres psicoanalistas legos ejerciendo en funciones terapéuticas. En el mismo tiempo ejercen psicoterapeutas no analíticos —como es de conocimiento público, y sin intenciones de criticarlos— en número diez o veinte veces mayor, sin que nadie se preocupe realmente de su existencia.

Que los motivos del conflicto no sean científicos, nadie lo podría dudar seriamente.

¿Qué queda, pues? Una lucha de magias. Ciertos ambientes psiquiátricos, que toleran perfectamente muchos “intrusismos” no toleran el psicoanálisis, precisamente porque no es intrusismo.

No lo toleran porque lo vivencian cómo magia y como magia rival de la suya. Por esto es que no se molestarían si los psicoanalistas fueran curanderos y se sintieran tales. Lo que les molesta es un movimiento psicoanalítico científico y **serio**. Un psicoanalista silvestre (¹) no molesta (y nadie se ha preocupado, en este país donde existen decenas de psicoanalistas silvestres, de prohibir su actividad) pero sí molesta un verdadero psicoanalista, porque posee unos conocimientos y una técnica cuya falta sienten profundamente algunos de los que no los poseen.

¿Qué pasa, pues, en una capital cualquiera, cuando se va desarrollando una asociación psicoanalítica? Ciertos ambientes psiquiátricos se sienten lesionados, porque pretenden abarcar la totalidad de los fenómenos patológicos en la psicología, y que no tienen, ni los conocimientos, ni los medios técnicos para entender y resolver lo que pretenden abarcar. De ahí una situación de envidia y rivalidad que se dirige antes que nada hacia sus propios colegas psiquiatras que se han formado en psicoanálisis. Pero, a estos colegas, no pueden prohibirles el ejercicio del psicoanálisis porque son médicos y tratan a sus pacientes con los medios que estiman más adecuados. Se ataca, pues, al psicoanálisis por el lado aparentemente más débil: se trata de sabotear la asociación psicoanalítica amputándola de sus miembros no médicos. Esta técnica puede aún disfrazarse bajo la apariencia de las mejores intenciones: queremos “perfeccionar” al psicoanálisis exigiendo como “mejor garantía” que todos los psicoanalistas sean médicos. Se reconoce de palabra que Freud fue un genio y que descubrió muchas cosas, pero se trata realmente de neutralizar al máximo las consecuencias de estos descubrimientos. El intento de absorción del psicoanálisis es tan sólo aparente: no se trata de absorber para aprovechar sino

¹ Se llama psicoanalista “silvestre” a toda persona, médica o no, que pretende ejercer el psicoanálisis sin haber recibido la formación adecuada Para habilitarla en esta función.

para destruir.

El ataque se localiza, pues, sobre los miembros atacables (no previstos, evidentemente, en las disposiciones legales anteriores) de la asociación psicoanalítica. Se trata de conseguir un clivaje en esta asociación. Se dice a los psicoanalistas psiquiatras:

¿Por qué cobijan a competidores? ¿Por qué no exigen de todos los psicoanalistas que hagan el mismo esfuerzo que hicieron ustedes, hacer la carrera médica? ¿Por qué no valorar su título? Pero los psicoanalistas psiquiatras saben que tienen dos títulos y que hicieron dos carreras.

Frente a esta situación una asociación psicoanalítica puede reaccionar en múltiples formas. Depende de la potencia del ataque y de la solidez de la asociación. Puede, para conseguir la paz, ceder al ataque externo y cerrar sus puertas a la formación de nuevos legos. Este proceso corresponde en realidad a un proceso disociativo preexistente en la asociación psicoanalítica (estos procesos existen en todo grupo humano, inclusive las asociaciones psicoanalíticas). Se considera entonces a los analistas legos como causa del conflicto externo; se repite el conflicto externo en el plano interno; se castiga a los chivos emisarios y se cierran las puertas a los legos. Ocurre aquí lo mismo que en una nación derrotada en una guerra. Se busca primero a alguien a quien se pueda culpar del desastre. En el caso son, y tienen naturalmente que ser, los legos. Se toleran entonces a los que ya ejercen (porque sería demasiado escandaloso prohibir a auténticos psicoanalistas el ejercicio de su profesión), pero se cierran las puertas a los venideros.

Al contrario, cuando una asociación psicoanalítica es bastante coherente como grupo humano, y bastante formada en psicoanálisis, rechaza la tentación del clivaje. Se da cuenta de que, en el fondo, el ataque no se dirige al análisis lego sino al mismo psicoanálisis, y rechaza todo compromiso y toda solución de facilidad.

Y en este caso **consigue mantenerse**, porque llega paulatinamente a convencer

a las autoridades (que suelen ser mucho más accesibles que ciertos ambientes psiquiátricos, por no tener los mismos motivos emocionales en contra del psicoanálisis que estos ambientes) que el ejercicio del psicoanálisis no se integra en la medicina y que tiene su función social distinta a la psiquiátrica.

El destino de las asociaciones psicoanalíticas se juega entre estas dos posibilidades.

No seamos pesimistas: el destino se juega aparentemente. Se juega en realidad el destino inmediato, no el destino a largo alcance. Tomemos como ejemplo el destino de la asociación psicoanalítica norteamericana. En 1927, Freud reprobó en su “Apéndice al Análisis Profano”, la decisión reciente que había tomado

la asociación norteamericana de cerrar en adelante sus puertas a los psicoanalistas legos. Para entender bien este problema, es necesario saber que el ejercicio de actividades terapéuticas en Norteamérica no está sometido a las mismas leyes que en otra parte. Una actividad terapéutica cualquiera se considera admisible hasta que se produzcan quejas justificadas en contra de quien la ejerza. El resultado normal de esta situación jurídica fue que la asociación psicoanalítica norteamericana se enfrentó con una enorme cantidad de analistas “silvestres”, y debió defenderse en dos frentes. Por una parte contra el ataque previsible, en Norteamérica como en otros lados, de ciertos ambientes psiquiátricos; por otra parte contra una cantidad de personas que se pretendían psicoanalistas y podían ejercer legalmente hasta que surgiera una queja justificada. Este problema dificultó la decisión de la asociación norteamericana.

Lo que podemos reprochar —si es que el reproche tiene sentido en estos asuntos— a la asociación norteamericana, es haber confundido el sentido inmediato y el sentido básico del problema, llegando al mencionado clivaje.

Pero la medida, tomada “por razones prácticas” resultó, como lo dice Freud, “muy poco práctica”. Los psicoanalistas norteamericanos se dejaron engañar, y tomaron como solución a un mal presente un mal futuro peor.

Y resulta que, en la actualidad, la asociación norteamericana está revisando sus posiciones sobre el problema en discusión. No lo cito por valorar exageradamente la posición de una asociación psicoanalítica (la más numerosa del mundo) como “autoridad” sobre un problema donde no vale ninguna, autoridad sino la razón y la experiencia.

Pero me parece en extremo interesante que una experiencia de treinta años exija a esta asociación que revise su actitud.

Esta necesidad se expresa con toda claridad en el “Journal of the American Psychoanalytic Association”, Vol. VI, Abril 1958, N° 2, p. 362: “Dr. Lawrence S. Kubie expressed the feeling that the whole issue regarding training in psychoanalysis of non medical scientists needed to be further examined. He expressed the belief that reserving the field of psychoanalysis to physicians only failed to meet either scientific or community needs. Dr. Bandler replied that the proposals in respect to standards of training that had just been reported were still under discussion and that the Committee on training standards in Child Analysis had been asked to explore further the whole issue in respect to lay analysis”.

Este cambio en la actitud de la asociación norteamericana se produce en el mismo momento en que el Estado de Nueva York reconoce por ley la profesión de psicólogo.

Ni necesitaré subrayar que el nombre del Dr. Kubie —y su anterior opinión— fueron repetidamente usados en contra del análisis lego.

En este cambio de posición no entran (obviamente) razones económicas de competencia profesional. Interviene un motivo científico: la restricción del análisis a profesionales médicos hizo que “el análisis falló en llenar necesidades científicas y sociales”.

Estamos en total acuerdo con el Dr. Kubie. El análisis es algo y mucho más que un método para curar trastornos mentales. No solamente tiene que tratar una cantidad de fenómenos individuales e interindividuales que no son susceptibles

de tratamiento médico alguno, sino que su intervención tanto en el campo de la educación como en el de la higiene mental, y en otros muchos campos, es cada vez más reconocida como imprescindible en el plano colectivo.

Por esto el argumento que consiste en considerar al analista lego como el sobreviviente de una especie social arcaica en vías de desaparición —algo así como un celacanto— es particularmente inadecuado y mítico. Como especie, está prometido a los mejores destinos, y tanto más en la medida que es consciente de este destino y de esta necesidad colectiva. Por esto no se trata, como lo piensan algunos, de “tolerar la existencia de analistas legos en virtud de situaciones adquiridas, y hasta que se mueran”. Si el analista lego es un sobreviviente destinado a ser eliminado por la evolución, no tiene por qué ser favorecido por esta tolerancia. Que se muera en seguida.

Si por lo contrario es una especie en vías de crecimiento y expansión no debe pedir tolerancia alguna, sino gozar de los derechos que le dan la solidez de sus conocimientos y la utilidad de su técnica.

IV — FORMACION PSICOANALITICA Y ENSEÑANZA OFICIAL

Una última dificultad acerca del psicoanálisis lego se nos plantea cuando se trata de concretar las formas en que puede integrarse en la enseñanza oficial. ¿Cómo, nos dicen, vamos a aceptar que personas puedan ejercer una profesión sin que sea el Estado quien les otorgue el derecho a ejercerla y controle este ejercicio?

El problema que se plantea en verdad tanto para el psicoanalista médico como para el lego es obvio; mucho menos obvia su solución. No es casualidad si la inmensa mayoría de los Institutos Psicoanalíticos del mundo funcionan en forma privada o semiprivada.

Cincuenta años de experiencia en la enseñanza del psicoanálisis han

permitido fijar las normas básicas según las cuales se podía realizar esta enseñanza si se quería evitar en lo posible que falle en su propósito. Son sensiblemente iguales en todos los países donde existe el psicoanálisis. Ningún psicoanalista serio aceptaría formar psicoanalistas en otras condiciones.

Pero estas normas difícilmente se pueden amoldar a las que rigen en general los establecimientos oficiales de enseñanza, por las razones siguientes:

1º) Los criterios de selección de candidatos o de graduados no son **ni pueden** ser los mismos, por el hecho de que se exigen ciertas condiciones de orden psicológico a los futuros analistas. Además de las condiciones de nivel intelectual, trabajo, rendimiento, exámenes, que son semejantes a las que se exigen en otras carreras, el ejercicio del psicoanálisis requiere características psicológicas especiales que no se pueden revelar — en el estado actual de los conocimientos — por un examen o una serie de tests previos, sino en el curso mismo del análisis didáctico. Por ejemplo la plasticidad del yo sin la cual un psicoanalista no puede seguir a su paciente, la capacidad de identificarse con el paciente sin perderse en esta identificación, la ausencia relativa de mecanismos de disociación y de negación, la sinceridad más completa posible (una persona caracterológicamente insincera puede ser un excelente profesional en otras ramas, pero nunca podrá ser un buen psicoanalista), el respeto de la personalidad del paciente, etcétera, etcétera.

2º) La apreciación de estas características en un candidato no puede pertenecer sino al psicoanalista didáctico (porque sólo él conoce a su candidato por dentro). Y el psicoanalista didáctico ni puede revelar los motivos que le hacen aconsejar a un candidato el abandonar la carrera, porque está ligado por un compromiso de discreción hacia el candidato. Debe confiarse tanto en la honestidad como en la objetividad del analista didáctico para evitar el riesgo de arbitrariedad inherente a esta situación. Estamos muy lejos de las condiciones en las cuales un jurado universitario aprueba o rechaza a un candidato en otra carrera.

3º) Porque la base de la enseñanza psicoanalítica es el propio análisis didáctico del candidato. Una persona cuyo propio análisis didáctico no ha sido exitoso está incapacitada para ejercer el psicoanálisis — y esta situación, por los límites de la eficacia del psicoanálisis tiene que producirse en un cierto porcentaje de casos.

4º) Porque la gratuidad de la enseñanza, reconocida con justa razón en los países democráticos, se amolda difícilmente a la enseñanza psicoanalítica. Esta situación es quizá la más difícilmente inteligible para quien no tenga experiencia analítica propia. Sin pretender convencer a lectores no psicoanalíticos, daré algunas de sus motivaciones.

La situación que se crea entre un alumno, o un estudiante, y un profesor, no tiene por qué entrañar reacciones emocionales intensas; puede aún ser relativamente impersonal. La relación de un analista con su paciente o candidato es al contrario extremadamente personal. Las reacciones hostiles y agresivas cobran en esta relación una particular importancia, y el éxito del análisis depende en gran parte de la manera en que pudieron ser elaboradas y superadas. La gratuidad ubica al candidato en la situación de recibir sin dar, es decir en una situación donde debe estar agradecido y reprimir su hostilidad, lo que bloquea todo el proceso analítico.

Muchas otras situaciones perjudiciales pueden producirse: el candidato, no sintiéndose comprometido económicamente en la relación puede no sentirse comprometido en absoluto — no “jugarse”, y no progresar.

O bien, la situación de gratuidad puede ser vivida por el candidato como dependencia infantil, lo que puede satisfacer deseos muy profundos y arcaicos de gratificación oral pasiva, convirtiéndose el analizando en eterno lactante y rehusándose a progresar.

Se podrían multiplicar los ejemplos.

Este inconveniente se incrementa mucho si tenemos en cuenta el carácter en gran parte individual de la enseñanza analítica. Cada candidato analista exige

del Instituto Psicoanalítico una enorme cantidad de tiempo y de esfuerzos. Calculando nada más que la enseñanza **individual**: un análisis didáctico de cinco años (es decir como duración mediana) a razón de cuatro o cinco sesiones semanales, significa aproximadamente novecientas horas. A lo cual tendremos que agregar los controles individuales: la cantidad de trescientas horas no es en ninguna forma exagerada. Son mil doscientas horas de trabajo individual, a lo cual se agregará el tiempo de seminarios, cursos y controles colectivos. No creo que haya carrera universitaria más costosa en tiempo y esfuerzo individual — pero no existe el medio de formar analistas a menor costo.

¿Es insuperable esta última dificultad? En ninguna forma. Un instituto psicoanalítico oficial (como existen algunos integrados en universidades norteamericanas) puede formar analistas a base de becas parciales teniendo en cuenta la situación económica de cada candidato, pero descartando por los motivos técnicos expuestos que la beca pueda cubrir la totalidad del análisis didáctico. Claro que este instituto debería disponer de un elevado presupuesto, lo que no facilita su creación.

Todos estos motivos hacen difícil la integración de un instituto psicoanalítico en la enseñanza oficial, pero no imposible. De hecho, no se carece totalmente de control sobre la seriedad de la formación en un instituto psicoanalítico. Es posible por consiguiente formalizar y reglamentar este control, dejando al instituto psicoanalítico el mínimo de autonomía sin el cual no puede subsistir.

El origen psicótico de la neurosis (*)

GILBERTO KOOLHAAS

MONTEVIDEO

SUMARIO

I. LA CONTINUIDAD GENETICA DE LO PATOLOGICO	407
II. EL FRACASO DE LA POSICION ESQUIZOIDE	408
1) Angustia confusional	408
2) La disociación patológica	410
3) Fenomenología de la idealización	411
4) El círculo vicioso psicótico	414
6) El beso del Yoghi	414
III LA FIJACION DE LA EXPERIENCIA PERVERSA	
1) Confusión del instinto	417
2) La represión patológica	417
3) Estructura de la pantalla	418
4) El “acting-out” perverso	419
5) El abrazo con el “mobile”	420
IV. LA REPETICION DEL COMPLEJO EDIPICO	423
1) Confusión del objeto	423
2) El super-yo patológico	425
3) Dialéctica de la defensa	425
4) El “acting-in” neurótico	426
5) La cabalgata sobre el “nightmare”	428
V. LA EXPLICACION DEL SIMBOLO	433
1) La condensación por la continuidad genética	433

* Trabajo leído en la Asociación Psicoanalítica Argentina el día 24 de octubre de 1958.

2) La articulación por la interpretación transferencial	434
Bibliografía	436
Resumen	438
Summary	441
Resumé	444
Zusammenfassung	447

1 — LA CONTINUIDAD GENETICA DE LO PATOLOGICO

“El principio metodológico básico para la observación y la técnica analítica es el de la continuidad genética, el cual enuncia que cualquier fase se desarrolla gradualmente desde las anteriores.” (20a) Pero S. Isaacs advierte que el desarrollo no es uniforme. “En el crecimiento hay crisis definidas y existen integraciones, las que por su naturaleza reportan cambios radicales en la experiencia y realización futura”. Esto implica entonces que el desarrollo psíquico depende del trabajo del yo, el cual en cada crisis elabora una nueva integración. Cuando el yo falla por no tener esta capacidad, tales cambios radicales en la experiencia no se producen. Entonces una experiencia original persiste a través de la evolución biológica del individuo. Tal experiencia original es el nacimiento cuyo trauma induce al ego al anhelo prenatal y a la angustia confusional. La persistencia de esta experiencia se traduce como continuidad patológica de las varias etapas evolutivas: psicosis, perversión y neurosis.

Los conceptos fundamentales que Melanie Klein introduce con “Envidia y Gratitud” en su metapsicología, permiten aclarar la dialéctica de esta evolución patológica. Al describir cómo la inestabilidad de la disociación esquizoide por idealización, provoca ‘la evolución genital precoz, aclara Melanie Klein la perversión como defensa contra la psicosis. De esta manera la fórmula clásica de Freud: la neurosis es el negativo de la perversión, adquiere una nueva

trascendencia. **La neurosis se revela ahora como último término de una dialéctica. Por la envidia se produce el fracaso de la posición esquizoide, causando la fijación de la perversión infantil, la cual impide la solución del complejo edípico.**

II — EL FRACASO DE LA POSICION ESQUIZOIDE

1) La angustia confusional. — En su último libro describe Melanie Klein la envidia como expresión primaria de agresividad en el lactante. Esta agresividad está ligada al trauma del nacimiento. “Es la situación de nacimiento que hace surgir la envidia hacia la madre y su interior bueno. La agresión más temprana, que comienza con la separación del niño de su madre al nacer, es experimentada como envidia, porque todo lo que lo hace sentirse gratificado, parece pertenecer al mundo exterior — la madre”. (32) Y dice Melanie Klein: “intrínseca a la primera relación con el pecho está la frustración, porque aún una situación alimenticia feliz no puede restituir la unión prenatal con la madre. El deseo del niño hacia un pecho inagotable y eterno no se origina .de ninguna manera sólo en el deseo del alimento y deseos libidinosos sino que está fundamentalmente enraizado en la angustia”. (21) Esto quiere decir que la angustia primaria implica el anhelo prenatal, el cual por la organización oral del instinto, origina la fantasía inconsciente del pecho eterno. La frustración a priori de tal fantasía por la situación del recién nacido mismo, el de no ser un feto, desencadena envidia y angustia. Así que no es la frustración real, el hambre, sino la gratificación oral misma al succionar el pecho, que desencadena la agresividad contra la madre con su pecho inagotable. Libido y agresión se confunden al principio.

La envidia está descrita como una sensación rabiosa de que el otro posee y disfruta algo deseable y el impulso tanto de robar como de destruirlo. Intrínsecamente relacionada con la envidia está la angustia que es una gula

impetuosa e insaciable excediendo la necesidad del sujeto y la capacidad del objeto. Es la intención inconsciente de vaciar y ahuecar por completo el pecho. Es una introyección destructiva en tanto que la envidia se relaciona con una proyección destructiva. Resulta interesante la comparación con un pasaje de “Developments” donde Melanie Klein describe cómo la succión vampiresca se transforma en la fantasía del niño en el hacerse un camino hacia adentro del pecho del cuerpo materno e insiste en lo simultáneo de la identificación proyectiva y de la introyección angurriente, oral-sádica, del pecho. He aquí que esta simultaneidad es la confusión misma, la cual es experimentada como angustia por el yo corporal, al no poder separar libido y agresión, al no poder diferenciar bueno y malo y al confundirse introyección y proyección, el cuerpo propio y el de la madre. En nuestro concepto, es esta angustia la angustia primaria misma.

La angustia de nacimiento del feto se transforma en angustia confusional en el lactante por la organización oral del instinto. (19)

La envidia como fuerza de destrucción se opone a la vida como fuerza de creación y Melanie Klein cita a San Agustín que fue el primero en formular este concepto de la envidia. Es el pecado original, el de Lucifer transmitido al hombre como concupiscencia. Leopold Ziegler, el filósofo de “La Metamorfosis de los Dioses”, describe como esta concupiscencia es la avidez desordenada y caótica y “es la angustia en la que igualmente se fundamenta la avidez caótica como recíprocamente la angustia en ella.” (40) O sea que la angustia de nacimiento produce la envidia como a su vez la envidia con sus deseos caóticos origina la angustia confusional. Melanie Klein introduce el concepto de confusión sin acentuar su carácter angustiante, sin embargo cita a Rosenfeld el cual describe los estados de confusión esquizofrénicos (31) como acompañados de una extrema angustia contra la cual el yo se defiende, (si no llega a diferenciar entre bueno y malo) con una desintegración cada vez mayor para mantener la angustia latente.

Creo que es fundamental de distinguir la angustia persecutoria de la angustia confusional, distinción que podemos concebir en el sentido en que Freud distingue angustia de alarma y pánico. (11) Melanie Klein misma declara que el temor de aniquilación es la **causa** de la angustia persecutoria. Esto significa que el yo se defiende contra la confusión con la disociación o sea con la angustia persecutoria producida por el objeto malo. Su fusión con el objeto idealizado es mantenida con la angustia latente localizada en el objeto perseguidor; la amenaza latente de perder el estado de fusión mantiene la disociación, disociación que cuando fracasa produce la confusión. La angustia primordial es anobjetal

— es “la percepción de la nada” la cual queda abortada en el temor del objeto perseguidor. La angustia persecutoria ya indica una organización, en tanto que la confusión es el caos catastrófico. La angustia confusional es una angustia frente a la Nada.

La angustia depresiva es un ansia de Ser. Al considerar como primaria la angustia persecutoria por el objeto malo se desnivela la angustia depresiva en el temor por la pérdida del objeto idealizado.

2) La disociación patológica. — Es precisamente por el concepto de la confusión que Melanie Klein puede ahora distinguir dos modalidades de disociación dentro de la posición esquizoide. Una basada en la diferenciación, la cual posibilita la integración y la evolución del yo y otra contra la confusión que lleva al fracaso y al debilitamiento del yo. La comprensión de esta disociación patológica se facilita al verla en contraste con la disociación evolutiva, la cual se basa en diferenciar lo bueno y lo malo real, gratificación y frustración. Melanie Klein opone a la envidia la gratitud, basada en la capacidad de amor del yo. Al encarar la polaridad envidia y gratitud como esencia del yo, se adelanta un paso más en la superación de la mitología de los instintos. Donde antes la reducción a una lucha entre dos instintos describía “un proceso en tercera persona”, (36) nos acercamos ahora a una comprensión existencial del conflicto humano al

descubrir en su origen la tensión, no entre Thanatos y Eros, sino entre la angustia de la muerte y la capacidad de amor.

La capacidad de amor hace posible la gratitud gracias a la cual puede vivenciar la gratificación como un “regalo único” y disfrutarlo en su calidad de tal. Con esta capacidad de amor vence la envidia porque siente haber recibido algo en vez de haber destruido y robado. Y entonces quiere cuidar lo que ha recibido en vez de controlar; guardar en vez de agotar como en la angurria. Es por la experiencia de la gratitud que el yo desarrolla la capacidad de realizar el trabajo de amor que construye el objeto bueno. Melanie Klein ya no opone disociación e integración. Una buena integración exige una buena disociación previa en la cual son diferenciadas la gratificación y la frustración reales: la presencia y la ausencia del pecho. Lo que implica que en la práctica cierta dosis de frustración es necesaria. Melanie Klein habla de los enfermos que se quejan de que nunca los dejaron llorar en su niñez. Es que la gratificación continua mantiene el anhelo prenatal con la envidia y confusión subsiguiente. Cierta frustración es necesaria para que el yo pueda diferenciar el hambre y la satisfacción, porque sólo así puede en los momentos de frustración empezar a sentir nostalgia y anhelo hacia el pecho bueno y aguantar la frustración. Es este el trabajo que el **yo** efectúa al usar los impulsos de amor para modificar impulsos destructivos y aspectos malos del pecho, lo que es imposible cuando la idealización mantiene separados ambos aspectos. Así entendidas no se oponen disociación e integración. Al contrario son dos procesos que actúan desde el principio de la vida, que son la vida misma del yo, su sístole y diástole, a través de las cuales es posible entender lo que el crecimiento del yo significa. Después de cada disociación puede volver a enfrentarse con la frustración y la agresividad, elasticidad que expresa la fuerza del **yo**. La disociación patológica dirigida contra la confusión fracasa una y otra vez y conduce a la fragmentación, fragilidad del yo que expresa su debilidad.

3) **Fenomenología de la idealización.** — Melanie Klein insiste en el

contraste entre la estabilidad del objeto bueno con la consiguiente fuerza del yo y la inestabilidad del objeto idealizado con la consiguiente fragilidad del yo. Tal diferencia esencial entre el objeto bueno y el objeto idealizado, su diferencia ontológica, sólo se revela al encarar fenomenológicamente la constitución de la experiencia del objeto en general. Dice M. Klein que el objeto bueno se establece en el yo por sentimientos de gratitud y de confianza. Es decir la gratitud del yo por lo que ha recibido en el pasado, y confianza en lo que va a recibir en el **futuro** o sea el objeto bueno se establece por la temporalización (27) del yo — del yo corporal. El establecimiento del objeto bueno significa un primer esbozo de conciencia, de estructura intencional, la cual es la unidad de constitución de objeto, cuerpo y ego. (27) De modo que ahora vemos **como la temporalización está íntimamente ligada en su origen al fenómeno de la encarnación**, fenómeno que expresa la relación dialéctica de cuerpo y conciencia. Encarnación es el hecho que el cuerpo y el alma son inseparables. Es la participación original de la conciencia y del cuerpo que le impide de existir en sí y por sí. La fenomenología descubre el cuerpo como el terreno dialéctico al buscar la génesis de la intencionalidad: operación de síntesis de identificaciones o sea la temporalización. El psicoanálisis al descubrir la fantasía inconsciente primaria del cuerpo descubre esta dialéctica en su origen y en sus fracasos. La temporalización sólo puede surgir donde el cuerpo diferencia las sensaciones reales de gratificación y de frustración. Sólo al reconocer la gratificación oral como algo bueno, al reconocer esa realidad fisiológica puede el yo corporal recordar y esperar que vuelva. El surgir de un pasado y un futuro es el abrirse de un presente

— apertura en la cual el objeto aparece al permanecer en un fluir. (37)

El diferenciar entre lo bueno y lo malo es el origen del esquema corporal — “el cual no es una imagen del cuerpo para el yo sino la condición misma de toda conciencia de objeto”. (18) Expresa la esencia del cuerpo humano como intención hacia la integración al unificar lo vivenciado constituyendo

significaciones.

Por el esquematizar del cuerpo se abre un espacio vital cuya orientación está determinada por nuestras posibilidades kinéticas en base a nuestra organización corporal. (4) Orientación cuyas direcciones corresponden a las exigencias constitutivas del “bienestar” y “malestar” del cuerpo. El análisis fenomenológico del esquema corporal revela su papel constitutivo para la experiencia de la realidad. Sólo por medio del cuerpo humano surge un tiempo en el cual puede permanecer un objeto y se abre un espacio en el cual puede encontrarse un objeto.

El análisis de la estructura de la experiencia “normal” de un objeto aclara la fenomenología de la idealización. Al no poder diferenciar entre las sensaciones fisiológicas reales de gratificación y hambre, experimenta el yo la angustia confusional. La encarnación fracasa y el yo corporal trata de huir al hacer abstracción de su situación derelicción. “Etre contemporain de tous les temps~ vivre l'éternité ou la possession absolue, non dispersive, de soi, est le fait d'un sujet desencarné et qui serait defait de la perception”. (36) **Creo que la idealización corresponde en su esencia a tal desencarnación y es comparable a la actitud del cuerpo durante el sueño frente al estímulo despertador.** Cuando surge la angustia confusional, el cuerpo borra las sensaciones al no poder deletrearlas para poder leerlas como experiencia. (27) Tal conducta onírica del cuerpo se realiza según nuestra hipótesis por una regresión hacia una motilidad arcaica y embrionaria. El feto no se encuentra en el útero como papas en una bolsa, su actividad motriz primaria es el tono. Por medio de reflejos tónicos (Magnus, de Kleyn, Rademaker) se mantiene una resonancia, simbiosis completa de las dos paredes, feto y útero. (5) Creo que la conducta onírica del cuerpo consiste en un cierto regreso hacia este mimetismo motriz, constituyendo la experiencia del objeto idealizado, de la unión prenatal, de la fusión. Esto explicaría todos los tipos de catatonía que acompañan al autismo, como también el colapso hipotónico al fracasar la idealización. (29)

El **esquematismo** del cuerpo mantiene un equilibrio a través de una variedad de movimientos y vicisitudes de situaciones sucesivas, sin la cual una percepción de mundo y objeto no tendría lugar. El **mimetismo** neutraliza todo cambio experimentado y no hay percepción de objeto. Sólo donde el estímulo propioceptivo es esquematizado puede surgir una conciencia de objeto. El mimetismo borra el estímulo propioceptivo y no puede aparecer ningún objeto. Lo que para el observador se presenta como objeto idealizado es en el fondo un estado de idealización donde no existe percepción. Esta ausencia de percepción se presenta para el observador como unión mística.

En resumen: la disociación e idealización contra la angustia confusional se realiza como desencarnación. El fracaso de la encarnación se produce por la confusión. Al no poder diferenciar los estímulos buenos y malos el cuerpo no puede esquematizar.

La fenomenología de la idealización se caracteriza por:

- a) “lo oceánico”. Al no producirse la temporalización no hay un correr del tiempo.
- b) “el encapsulamiento”. Al no abrirse un espacio no hay ningún encuentro.
- c) “lo nirvánico”. Al no haber movimiento propio no hay vivencia de un cuerpo.

Se puede entonces formular que el objeto idealizado es un equivalente simbólico del estado prenatal. En tanto que el objeto bueno, “el cual ayuda a superar el anhelo por el estado anterior perdido” (21) es una representación simbólica del estado prenatal. Es precisamente el enfoque de la estructura temporal que ha hecho posible esta importante distinción entre las dos clases de símbolo hecho por la escuela kleiniana. (30 - 35) Como hace notar Rodrigué la palabra “re-presentación” implica que el objeto debe haberse perdido para poder ser evocado. O sea *que* la representación simbólica se constituye por la temporalización de nostalgia y anhelo.

- 4) El círculo vicioso. — La posición esquizoide fracasa al hacerse la

disociación exclusivamente por idealización. Porque el objeto idealizado no tiene estabilidad y una y otra vez vuelve la confusión de la cual se salva el yo con una fragmentación cada vez mayor.

Melanie Klein *distingue tres formas* de confusión:

a) Por la identificación intensa. Confusión entre el objeto y el ego. El objeto idealizado no es integrado en el ego. La integración del ego es correlativa al establecimiento del objeto bueno.

b) Por la idealización excesiva. El objeto idealizado provoca a su vez el ataque envidioso y se hace perseguidor. El objeto bueno da al ego fuerza, mantiene su identidad y le da la sensación de poseer bondad él mismo. El objeto idealizado sólo defiende contra la angustia persecutoria y el ego no siente poseer bondad él mismo.

c) Por la identificación introyectiva indiscriminada de la angurria. La necesidad de conseguir lo mejor de cualquier lado interfiere con la capacidad de selección y discriminación.

Lo que así se presenta como confusión de la relación ego/ objeto, del objeto y del ego son, en nuestra opinión, de hecho tres aspectos de una sola confusión al quebrarse la relación estructural yo/objeto interno. Creo que estos tres aspectos traducen más bien tres matices de la angustia confusional, una imbricación de tres sensaciones angustiosas y es por evidenciar tal estructura que creemos ver confirmada la relación íntima que existe entre la angustia confusional y la angustia de nacimiento a cuya triple configuración hemos hecho referencia en un trabajo anterior (26). **La confusión es vivida** por el yo **como paralización** al no poder disociar; **como desintegración** al destruirse el objeto idealizado por el objeto perseguidor; **como aniquilación** al fundirse el yo y ser absorbido. Como estas tres vivencias son consecutivas de la confusión misma, ella es vivida como un círculo vicioso el cual al establecerse lleva irremediabilmente hacia el fin catastrófico.

5) **El beso del Yoghi.** — La enferma A se queja constantemente de su

insensibilidad, no siendo capaz de ningún sentimiento ni cuando los hijos lloran ni tampoco cuando se pelean. Hija única de padres fabulosamente ricos, de origen judío, pasó su juventud en diferentes países. Se refiere a la madre como una persona llena de contradicciones; recuerda sus manos blancas que la acariciaban y su cara blanca de ira cuando no obedecía. La mandaba a una escuela y luego la hacía interrumpir el curso llevándola de viaje. Le estimulaba la coquetería y luego se oponía a sus flirteos. Nunca aceptaba ningún regalo de la enferma diciendo que tenía todo y que eran gastos inútiles. Este carácter de la madre y el continuo cambio de su mundo exterior obstaculizaban seriamente las posibilidades de reparación e integración de sus objetos internos. Una fantasía constante de A. es partir para Manaus —la ciudad enterrada en la madre selva— y siente una euforia al comienzo del análisis, maravillada por el viaje a través de sueños y recuerdos, como “Alicia en el País de las Maravillas”. Tales imágenes de regreso intrauterino y fusión traducen una envidia no superada y angustia de confusión. Pero pronto empieza a darse vuelta en el diván, apoyándose en los codos y contestando “And so what?” a cada interpretación. Por esto en varios sueños observa al analista en el jardín desde un primer piso de una casa cuya planta baja representaba un prostíbulo. La paciente disocia cabeza y cuerpo contra el peligro de la transferencia erótica por su agresividad oral. Con su marido es frígida habiendo sufrido un intenso estreñimiento después de casarse. De niña la amenazaban constantemente con el enema que era efectuado por la cocinera, “una vieja sucia”. La enferma tenía la fantasía de torturarla poniéndole mostaza en el ano. Un coito era simbolizado por un barco tipo “chata” que lentamente se mueve en un canal. Con frigidez y estreñimiento controla su agresividad excremental frente al temor de ser vaciada por el enema, temor a que a su vez corresponde a su propia gula. Dice que teme querer a alguien porque entonces podría querer a todos y sueña antes de la noche de bodas de estar en un tren lleno de soldados. Una vez que salió de su estado de indiferencia le ocurrieron toda clase de cosas disparatadas. “Ayer me fui al centro y compré

muchas cosas inútiles. Me sentía rara, como una niña y medio loca. Veía a una persona con un tic y tenía ganas de imitarla. Veía rosas y tenía ganas de ponérmelas en el sexo. Deseos sexuales en lugares imposibles como en los brazos. Ganas de morder el dedo de la vendedora. Ganas de ponerme en la bañera y orinar”. Así expresa un regreso precipitado hacia la sexualidad polimorfa y psicosis infantil con una confusión entre libido y agresividad, entre angustia y destrucción con objetos parciales. Es por evitar tales confusiones que “se pone en la ventana del piso alto”. Frente a cualquier escena familiar dice “que se vacía y registra”. Interviene en la pelea entre los hijos pero como automáticamente como sin sentir nada. Todo es absurdo, dice. Se queja de no poder leer más teatro (había hecho crítica teatral entre una vastedad de otras profesiones) porque se olvida de los personajes. La identificación indiscriminada le lleva a vaciarse y produce la amnesia, por lo cual el drama pierde su sentido al perder la continuidad y deviene absurdo.

Su ideal sería, expresa, ser un bichicome: sin familia, sin casa, sin tener nada de qué preocuparse, ya que no sirve como esposa ni como madre. Aquí vemos aparecer la defensa contra la envidia, por “la desvalorización de sí misma huyendo del éxito y de la competencia” (21), defensa que fracasa en un sueño donde trata de defenderse contra un bichicome judío el cual quiere estrangularla. Expresa la angustia confusional en sus tres matices. La identificación demasiado intensa ahoga su personalidad. La desintegración se produce al no poder disociar *su* parte envidiosa: el judío (en asociación con el dinero de sus padres) de su objeto idealizado: el bichicome. Y en tercer lugar, el bichicome expresa la aniquilación por la identificación indiscriminada al estar vestido con harapos mendigados en diferentes lugares. La idealización era notoria cuando asociaba bichicome con San Francisco de Asís y los vagabundos de Gorki, Vivir en contacto con la naturaleza y ser alimentada por ella, no tener más necesidades igual que un Yoghi. La enferma está fascinada por la vieja sabiduría india y es adicta a la literatura esotérica. Al sentirse expatriada y sin

un idioma propio, busca continuamente una consolación en una religión, una doctrina la cual la deja después desilusionada al no experimentar “la presencia de dios”. Es que tal presencia de dios origina la confusión con el objeto. También en el análisis ha buscado esta experiencia, de la cual huye al declarar: “Es un **círculo Vicioso**. Yo sueño lo que Ud. interpreta. Usted me *va* a volver *loca*”. Después de esta sesión fue a consultar a otro psiquiatra y luego a confesarse a una iglesia, pero “todos son unos locos”. Desvaloriza y destruye el análisis con ironía “mordaz”, introyectando indiscriminadamente otros psiquiatras y sacerdotes y *en* la noche “se vacía y registra” al soñar que está en el cielo mirando flotar muchas cabezas sueltas. Más adelante en el análisis sueña con un fakir que la mantiene como lo a acróbatas sobre sus manos, estando ella boca abajo y dándole un beso en la frente. El día anterior había visitado una exposición de un fakir en ayunas y le había impresionado su tórax atlético. Pero en el sueño el fakir estaba solamente desnudo de la cintura para abajo. La posición acrobática correspondía a la de un Yoghi que había visto en *un* artículo sobre la India. Este sueño expresa su disociación por idealización contra la angustia confusional del círculo vicioso. Aquel círculo vicioso es en la transferencia la fantasía oral erótica mutua con el analista, peligrosa por su envidia que la hace sentirse carcomida por las interpretaciones, desintegración vivida como locura.

Para experimentar la fusión: la presencia *de* dios, sin que se desencadene la confusión realiza la desencarnación con la acrobacia de disociar el piso de arriba y el piso de abajo, pudiéndose así vaciar como el fakir y adquirir la inmovilidad del Yoghi. Y precisamente esta inmovilidad es el Nirvana. Es al vaciarse de los vicios principales: odio, angurria e ilusión que el sabio hindú puede detener el “samsara-tschakra”, “la rueda de las reencarnaciones”, y así liberarse de la existencia individual lo que significa la extinción en el Nirvana.

III— LA FIJACION DE LA EXPERIENCIA PERVERSA

1) **Confusión del instinto.** (21) — Por la envidia que echa a perder el pecho bueno surgen sentimientos de culpa demasiado temprano. El *yo* es demasiado *frágil* por la disociación. e idealización excesiva para poder soportar esta culpa. La ambivalencia significa para el *yo* frágil su desintegración por la cual la culpa es vivida como persecución. Esta confusión del *yo* entre culpa y persecución origina ahora *una* intensificación de las tendencias genitales. El *yo* huye hacia el segundo objeto, el falo, para no dañar el primer objeto y para buscar una protección mayor que la que el objeto idealizado inestable puede darle. El *yo* huye del conflicto oral sin haberlo elaborado. La relación oral es genitalizada y la relación genital coloreada por desilusiones y angustias *orales*. (21) **Así que la confusión del yo — la psicosis — produce ahora la confusión del instinto — la perversión — la cual a su vez origina la confusión del objeto edípico — la neurosis.**

Melanie Klein describe cómo esta genitalidad **precoz** basada en una huida de la oralidad es insegura por persistir el conflicto oral. De aquí el origen de varios síntomas sexuales patológicos. Por la persistencia del deseo oral resulta la satisfacción genital inadecuada: impotencia orgástica. Tal insatisfacción lleva a la continua búsqueda de un nuevo objeto: la promiscuidad. Buscando con la gratificación una protección contra la angustia por el conflicto oral: la compulsividad. Y el objeto de esta búsqueda compulsiva es la gratificación con el falo: la homosexualidad. El síndrome de impotencia orgástica, promiscuidad, compulsividad y homosexualidad es lo que caracteriza la perversidad sexual como tal.

2) La represión patológica. — La organización genital tiene una relación especial con la represión, cita M. Klein a Freud. De esto se deduce que entonces la genitalidad precoz, descrita como reacción contra la disociación esquizoide

inestable, implica una represión precoz.

Como la represión es la transformación de la disociación esquizoide en la disociación inconsciente/consciente, (22) es de suponer que a la distinción de dos maneras de disociación esquizoide, corresponden dos formas de represión. Una represión “normal”, como respuesta evolutiva al principio de realidad (3) y una represión patológica reactiva. “Los tempranos métodos de disociación influyen la manera en la cual más tarde es efectuada la represión”. (22) La característica de esta represión patológica es su impermeabilidad. (22) De manera que la represión patológica es impermeable por ser precoz. Precoz al establecerse antes de que el conflicto primario oral haya sido elaborado, tiene que impermeabilizar el yo contra la angustia psicótica ligada a las fantasías canibalísticas.

La represión evolutiva surge en la experiencia transicional al producirse una fantasía consciente con el objeto transicional. (27) El recuerdo del objeto bueno inspira en el yo una ilusión con e. objeto transicional el cual como representación simbólica del objeto anterior expresa una integración temporal en un nuevo nivel. La porosidad de la represión “buena” es precisamente la comunicación con el objeto bueno primario, el cual como un catalizador facilita cada nueva integración. Por el contrario, la inestabilidad del objeto idealizado precipita un nuevo equivalente simbólico: el fetiche, precipitación que es la represión patológica misma: impermeable y precoz. Tal represión se efectúa por medio de la experiencia perversa cuyo objeto es el fetiche. Dice Winnicott que el objeto transicional es “the illusion” del falo materno. El fetiche “la delusión” del falo materno. (28)

Si las etapas del sentido de la realidad corresponden a etapas evolutivas del instinto, es porque son etapas de los dos instintos, de libido y agresividad o sea que son etapas del conflicto instintivo intrínsecos a etapas evolutivas de defensa del yo, modalidades existenciales del yo. **Un nuevo sentido de realidad significa una nueva manera de existir del yo.** Donde el conflicto original no

es elaborado y persiste, aparecen entonces etapas de una realidad y de un objeto patológico, como lo son el objeto idealizado, el fetiche, la pareja combinada.

La fantasía inconsciente expresa la relación intrínseca de “satisfacción instintiva” y “defensa del yo”. Como la constitución “idealizada” del objeto es correlativa a la oralidad y disociación esquizoide del yo, así es la constitución “fetichista” del objeto (14) correlativa a la sexualidad perversa y disociación represiva del yo. Uso la palabra fetiche porque Freud la menciona como ejemplo tanto de represión como de disociación, lo que implica una estructura objetual que refleja la disociación represiva del yo.

3) Estructura de la pantalla. — El fetiche conmuta la disociación esquizoide patológica en represión patológica (25) al procurar la sexualidad perversa una experiencia pantalla al yo. (12)

La idealización es efectuada — en oposición a la desencarnación esquizoide — por libidinización excesiva del objeto, (16) Esta libidinización ayuda a reprimir las fantasías orales las cuales al persistir producen la confusión del instinto y obligan al ego de separarlos por medio de una pantalla, pantalla que encubre el conflicto y no lo soluciona.

El placer sexual sólo tapa la agresividad oral subyacente. El objeto sirve como instrumento para vencer angustia y no es reconocido en sí. Entonces no puede inspirar sentimientos de gratitud y amor capaces de mitigar la agresividad, induciendo en el yo la integración depresiva.

Es por ser una experiencia pantalla, por mantener separada libido y agresividad que el conflicto no cambia sino que persiste y queda fijado. La pantalla fija la disociación. Por otra parte, la experiencia perversa, por las razones mencionadas, no lleva a una relación estable con el objeto. El objeto idealizado no tiene sustancia, no subsiste, su “ser” depende de la pantalla sobre

la cual se proyecta, por la cual la experiencia es repetida. El yo está compelido por la angustia a repetir la experiencia perversa y así mantener erigida la pantalla. **La estructura de la pantalla se revela como la unidad estructural de Represión - Fijación - Repetición**, pudiendo así localizar la psicosis.

4) **El “acting-out” perverso.** — La repetición compulsiva del acto perverso tiene todas las características de un “acting-out”, el cual ha sido definido como la repetición inconsciente de un conflicto en contraste con la acción como solución consciente (6) y otros autores demostraron la relación del acting-out con impulsos orales y su modo de gratificación. (1)

Rosenfeld describe como el acting-out mantiene la disociación y que es llevada a cabo para evitar una confusión por lo cual Melanie Klein menciona el acting-out como una defensa contra la envidia, al disociar las partes envidiosas de la personalidad.

Creo que es posible de dar al acting-out un alcance más amplio al encararlo como una de las modalidades fundamentales del yo en oposición a la otra: el working through. (8) El yo que mantiene una disociación y el yo que elabora una integración. Entonces, el formular la actividad perversa como acting-out, nos posibilita de definir su negativo, la neurosis, como un acting-in de la disociación.

5) **El abrazo con el “Mobile”.** — En enfermo B. ha pedido tratamiento por su compulsión hacia actos homosexuales. Cada vez que toma demasiado whisky se produce una discusión sin causa aparente con su esposa durante la cena. Empieza a sentir una agresividad y angustia que le impulsa a salir a la calle en búsqueda de un contacto homosexual. Siempre hace el mismo recorrido por un parque, algún lavatorio público, un bar especial teniendo hasta varios encuentros en la misma noche. Los contactos se limitan a una masturbación mutua, la cual nunca lo deja satisfecho teniendo *que* masturbarse después en casa, igual que después del coito con su mujer. La fantasía persistente es un falo grande y erecto que imagina poseer. El coito no le da satisfacción plena, le

gustaría tener una unión más completa “como estos árboles que crecen de una misma raíz. Me gustaría ser mi propio pene y estar adentro de la mujer”. Este anhelo de fusión total donde la ecuación f alo-cuerpo expresa el regreso oral, reactiva la envidia y angustia confusional de paralización y desintegración. En un sueño ha perdido la llave de dirección de su coche, quedando la dirección “rígida”; ha perdido su defensa frente a los peligros del tráfico. Durante el coito, vivencia la erección como la pérdida del control. La confusión del instinto se evidencia en una imagen onírica, donde se esfuerza en cerrar una canilla, la cual se transforma en batidora eléctrica de jugo de fruta — trata de detener la angustia agresivo-oral — siendo el resto diurno haber arreglado la máquina de lavar que inundaba el piso con agua sucia — su ataque envidioso excremental. El enfermo se queja de sus “derrames de agresividad” al alcoholizarse. En otro sueño, el movimiento del coito está simbolizado en el intento infructuoso de cerrar una puerta de vaivén, por la cual aparece una sirvienta portando una bandeja cargada de frutas con hojas. Y con mucha resistencia confiesa como a veces se masturba poniendo esta clase de hoja entre glande y prepucio produciéndose una edematización del prepucio y esto le permite sentir ambas partes estrechamente unidas. En la misma sesión relata su recuerdo más traumático, el de su iniciación sexual. Siendo un chiquilín de 13 años es llevado, medio borracho, a un prostíbulo donde sus amigos ya se habían combinado con *una* prostituta. Esta lo arrastra *consigo* en forma sorpresiva y después del coito muestra a todos con aire triunfal el preservativo con el esperma. Es esto lo que el enfermo ahora asocia con un prepucio arrancado. Al no poder cerrar con el coito la puerta que da sobre la visión terrorífica, trata de reprimir esta imagen dantesca con sus andanzas nocturnas.

Mi “Ronda Nocturna” dice en tono de broma, Ud. sabe, el famoso cuadro de Velázquez. Este lapso interesante donde confunde la obra inmortal de Rembrandt con “Las Meninas” del genio español, evidencia el carácter pantalla de su experiencia perversa. En ambos cuadros aparece como figura central una

niña rubia. En la “Ronda Nocturna” rodeada y como protegida por el capitán y oficiales de la guardia civil de Amsterdam. “Las Meninas” presenta en el taller del pintor a la Infanta de España rodeada por sus pequeñas cortesanas”. Además de la princesa rubia, se destaca en el primer plano la figura deforme de una enana. La presencia de los padres está indicada por su imagen en un espejo del fondo. En *asociación* con el lapso, este cuadro representa la noche del prostíbulo estando “en el fondo” de este recuerdo encubridor la escena primaria de la pareja real. En esta noche quedó “retratado” frente a todos. De la enana deformada por el trauma de la escena primaria, *él* se disocia al identificarse con la princesa, la nena rubia, centro luminoso en la ronda nocturna, y rodeada por los hombres con sus fusiles, sus lanzas y sus banderas. El claroscuro rembrandtiano oscurece el encuentro del enano con la cortesana (madre fálica) con la iluminación de la imagen pantalla, el padre y su falo idealizado negando el fracaso de su posición femenina.

El padre había sido frío e indiferente. En ocasión de su muerte, la madre se volvió mujer de negocios al tomar parte en la dirección de la fábrica y se transformó en una “bestia dominante”. Antes había estado muy fijado a ella. Una pesadilla de infancia es estar con la madre en un *ascensor* que baja y baja penetrando en la tierra. De niño tenía miedo al espacio inmenso y al mirar el cielo tenía caer adentro. Contemplaba el laguito en el jardín imaginándose barcos hundidos en el fondo, creándose como un “*abismo artificial*”. Un tiempo escribe poesías *donde* leemos: “pescador triste de estrellas, recorro el abismo infinito”, “en el torbellino inmóvil del cosmos voy arrastrando mi espera”, “inmóvil, extasiado, mirando al infinito esperaba”. El enfermo busca en la vivencia estética lo que Nietzsche ha descrito como apolíneo (28): “el permanecer extasiado en un mundo inventado para no hundirse en la borrachera dionisiaca; para con la Imagen salvarse de la autodestrucción orgiástica”.

Para el enfermo, amar es destruirse. Cuando en un raptó de afecto hace un regalo al analista tiene luego durante el día una serie de conflictos con

taximetristas, vendedores, porque se siente estafado por todos. El dar es experimentado como sentirse robado. La envidia hace fracasar la gratitud y transforma el afecto en hambre. “No sé lo que es amar”, exclama “una mano por aquí, una sonrisa por allá”. Es por el temor a esta fragmentación que el único objeto de algún enamoramiento fugaz sea narcisístico. “Enamorarme de un muchacho de 18 años es como recuperarme a mí mismo y al dormir tiene la visión hipnagógica de su abrazo con el joven “como **mobile** que tiene en sus ramificaciones los pedazos de mi sexualidad —pene, mano, cabello— como semáforos”. El mobile al cual se refiere son obras plásticas del artista norteamericano Alexander Calder. Consisten en armazones de alambre de donde cuelgan pequeños fragmentos de vidrio, lata, etc. Al colgar el mobile, ésta se mueve y vibra con la más mínima corriente. En un tratado de estética (2), leemos que se trata de un nuevo tipo de autocomplacencia estética donde se da forma al movimiento mismo. Donde no hay más diferencia entre movilidad y reposo: la movilidad no se pierde. Revelan lo exterior y lo interior de lo corpóreo”.

El símbolo del mobile expresa la estructura de su experiencia homosexual. La fragmentación no lleva a la desintegración sino que se armoniza por el movimiento mismo —la actividad sexual perversa donde se pierde y se recupera en su doble. El círculo vicioso se transforma en el perpetuo mobile del acting-out, repitiendo la represión con la pantalla de su ronda nocturna.

IV LA REPETICION DEL COMPLEJO EDIPICO

1) **La confusión del objeto** (21). Por la represión, la disociación inconsciente consciente precoz, surge precozmente la conciencia y con ella la situación edípica, el encuentro con ambos padres. Y es por la genitalidad precoz, genitalidad confundida con el conflicto oral, que la imagen de ambos

padres se confunde. La envidia oral colorea la fantasía sobre la unión sexual de ambos y como la envidia estaba dirigida contra la madre con su pecho inagotable, se transforma ahora esta fantasía por la situación edípica en la imagen de que ambos padres están unidos en una gratificación mutua permanente por la cual parecen inseparables. (22)

La confusión de líbido y agresión precipita toda clase de fantasías terroríficas alrededor de esta figura combinada: la madre conteniendo el pene o el padre entero, el padre conteniendo el pecho o la madre entera (23). Y la confusión de proyección e introyección provoca simultáneamente a la proyección de tales fantasías agresivas, la introyección de estas imágenes: el pene del padre deseado y odiado no existe sólo como parte del cuerpo del padre, pero es también experimentado por el niño adentro de su propio cuerpo y adentro del cuerpo de la madre”. (23)

Esta fase temprana de la situación edípica persiste cuando la envidia predomina e imposibilita solucionar el “complejo”, lo cual literalmente significa, conjunto, de plectere-entrelazar, la pareja combinada.

Por la intensidad de la envidia fracasan los celos formula Melanie Klein. La diferencia capital entre envidia y celos es que la envidia surge en la relación exclusiva con la madre, en tanto que los celos implican una relación con dos. Los celos de la situación edípica son un medio para elaborar la envidia; al no estar dirigida la hostilidad contra el objeto primario, pero contra los rivales se produce una distribución de odio y de celo, lo que significa un alivio para el niño. “Al poder sentirlos como individuos separados puede gozar la relación con cada uno —el complejo edípico directo e invertido—. Esto lo ayuda a entender mejor la relación del uno con el otro, lo cual es una condición previa para poder unirlos.” (22) O sea que Melanie Klein enfoca los celos en analogía con la disociación “buena” de la posición esquizoide basada en la diferenciación. La experiencia de una gratificación real recién hace posible el proceso depresivo de la integración, en este caso, de ambos padres, lo que lleva

a la solución del complejo edípico.

Creo que podemos formular entonces que en el caso del niño varón (en lo que sigue me referiré sólo a él para no complicar la exposición), la envidia hace fracasar su posición femenina. Aunque se hable de Edipo directo y Edipo invertido simultáneamente, el invertido es siempre el primero. “Todo niño pasa de una fijación oral de sucesión al pecho de la madre, a una fijación oral de succión al pene del padre.” (23). Es la gratificación en la fantasía homosexual con el padre que induce a sentimientos de amor, los que ayudan a la integración depresiva más tarde: la formación del super-yo. Cuando los celos no pueden vencer la envidia hacia la madre y su posesión del pene paterno, la perversión infantil conduce a la internalización del objeto perseguidor: el pene perteneciente a la madre —la madre fálica—. Y es la angustia de retaliación por esta imagen que obliga al yo a defenderse con un acting-in de la disociación, disociando un ideal del yo y un perseguidor del yo: el super-yo patológico.

2) **El super-yo patológico.** — Es nuestra tesis que los dos destinos del conflicto oral: el objeto bueno y el objeto idealizado se reflejan en los dos destinos del conflicto edípico: el super-yo sintético y asimilable y el *super-yo arcaico y rígido*.

Dice Freud (9) que el fin del complejo edípico se establece al sustituirse la relación con el objeto por una identificación: la formación del super-yo. Por lo que existen dos terminaciones del complejo: una normal, la identificación con el padre, y una patológica, la identificación con la madre. El niño varón llega a la identificación con el padre después de la experiencia de amor en la situación edípica invertida donde adquiere la capacidad para elaborar el proceso depresivo con el cual Freud compara la formación del super-yo. Tal experiencia de amor fracasa al persistir la envidia y la imagen internalizada de la madre fálica reactiva la angustia psicótica de la confusión, la cual obliga a la disociación del objeto perseguidor e idealizado. Se precipita el super-yo arcaico. Dice Freud “la historia del génesis del super-yo nos muestra que los conflictos

antiguos del yo con los cargos objetales del ello, pueden continuar transformados en conflictos con el superyo. El conflicto con la rápida identificación se ve impedido de llegar a un desenlace, y continúa ahora en una región más elevada”.

O sea que Freud distingue un super-yo que termina el conflicto edípico y un super-yo que continúa en otro nivel el mismo conflicto. Y es precisamente por “la envidia del pene” por la cual el complejo edípico persiste según el propio Freud. (10)

3) **La dialéctica de la defensa.** — El super-yo sintético es una nueva elaboración depresiva del yo, integrando en un nuevo nivel el objeto bueno primario; es una nueva representación simbólica hecha con la imagen del padre. La porosidad de la represión es, como ya hemos mencionado, la relación con el objeto primario. Esta porosidad expresa ahora la comunicación entre objeto primario y super-yo. La internalización de la buena relación entre ambos padres se expresa como porosidad, es decir, la *comunicación* entre el objeto primario: la madre y el super-yo: el padre, esencial para la evolución y maduración del sujeto. El amor por el objeto bueno inspira la responsabilidad frente al super-yo sintético: al aceptar lo standard de los objetos externos (22) responde al super-yo.

El super-yo patológico es una equivalencia simbólica del objeto idealizado-perseguidor, equivalencia que se precipita por la angustia al fracasar la defensa perversa por la introyección agresiva. El fetiche se transforma en el pene de la madre, odiado y atacado —madre fálica—. La confusión del objeto expresa la quiebra de la estructura fetichista del objeto. El yo ahora hace un acting-in de la disociación al disociar el fetiche en Totem y Tabú (27), con su neurosis. La acción neurótica procura al yo la experiencia pantalla del ideal del yo, al efectuar el tabú manteniéndose así la impermeabilidad de la represión. Al ser una “defensa y satisfacción” traduce el síntoma neurótico su estructura pantalla.

Los mecanismos de disociación, idealización y negación no son fases

sucesivas. No es *que* el yo disocie primero y luego idealice una parte. La intemporalidad del inconsciente expresa que no hay sucesión. **La disociación, la idealización y la negación forman una unidad dialéctica.** Un “mecanismo” implica al otro aunque en cada etapa pueda ser más evidente uno de ellos: en la psicosis la disociación, en la perversión la idealización y en la neurosis la negación. **Al defenderse contra el objeto perseguidor: la pareja combinada, el yo disocia y está en presencia de su ideal.** Con la neurosis, el super-yo patológico se disocia en un censor y en un ideal.

4) El acting-in neurótico. — El término acting-in lo introduce Meyer A. Zelig (39) para caracterizar ciertas actitudes posturales durante la sesión y en relación con una actividad masturbatoria inconsciente. *El* lo considera como fase intermedia entre acting-out y verbalización consciente del conflicto. Cita a otros autores que vieron cómo la supresión de síntomas de acting-out, hicieron aparecer síntomas fóbicos genuinos como una forma de acting-out invertido. Y es por tal formulación que el término acting-in nos parece muy adecuado para entender la neurosis como el negativo de la perversión. Porque es únicamente cuando consideramos la relación objetal del instinto que la inversión del acting-out toma el sentido de la inversión de la disociación que el acting-out perverso operaba.

Por la internalización envidiosa de la pareja combinada fracasa la defensa perversa y vuelve la angustia confusional. En el combatir la pareja combinada con la técnica neurótica, disocia el yo un objeto perseguidor y un objeto ideal al cual obedece.

Las tres fases de la angustia confusional, la paralización, la desintegración y la absorción determinan tres fantasías de la defensa por la cual la neurosis se manifiesta en tres estructuras básicas: conversión, obsesión y fobia. En la fobia siempre se puede encontrar la angustia de fondo de ser absorbido por el espacio o de quedar reducido por un objeto amenazante, angustia que es localizada y de la cual huye el fóbico. En la histeria de

conversión aparece la inmovilización contra el temor de paralización. En la obsesión aparece una fantasía de separar a los padres frente a la angustia de desintegración. Por supuesto que estos tres matices se relacionan y que las defensas siempre aparecen combinadas.

También los trastornos sexuales del neurótico se basan en la persistencia de la pareja combinada. Al no poder diferenciar a ambos padres, el niño no puede integrar su imagen corporal. El temor de castración que implica el fin del complejo edípico es en este sentido un índice de la integración corporal. Al persistir la envidia oral, se mantiene latente la ecuación falo-cuerpo a la cual puede regresar en la relación sexual.

A su vez la fijación oral impide la anfimixia del acto genital, del factor de retención y de excreción por la confusión entre llenar y vaciar; produciéndose además la disociación bisexual del esquema corporal por la fantasía de la madre fálica.

En resumen, la génesis dialéctica de la neurosis hace posible captar:

- 1) Su esencia: la relación intrínseca de represión, fijación y repetición.
- 2) Su estructura: la impermeabilidad de la represión y lo arcaico del super-yo.
- 3) Su contenido: la fantasía inconsciente de defensa contra la pareja combinada, la búsqueda sin fin de la respuesta al enigma de la Esfinge.

5) **La cabalgata sobre el nightmare.** — El enfermo C padece de síntomas obsesivos. Al vestirse duda si se ha puesto bien la camiseta, teniendo que revisar una y otra vez si la parte anterior realmente cubre el pecho y la parte posterior la espalda. La misma duda le ataca con sus calcetines, nunca sabe si se los ha puesto del lado de adentro o del lado de afuera. La duda reaparece y lo impulsa a repetir la revisión de su ropa. Por esta repetición siente un apuro cada vez más grande y entonces aparece lo que él llama su presión cardiaca. El

corazón se endurece, late con otro ritmo como de galope y es como un puño que se da vuelta adentro. Tiene la sensación de que nunca terminará y se siente como encerrado; es como un freno a toda actividad, que lo obliga a mantenerse inmóvil, acompañándose a veces de prurito anal y una sensación taladrante en el recto. Otras veces cuando le viene el apuro desencadenado por la repetición obsesiva se produce una polución después de la cual termina la duda obsesiva, pero entonces, aparecen leves síntomas fóbicos o paranoides: tiene temor de acercarse a su novia y contaminarla o piensa que la gente lo ve como un homosexual. Estos síntomas aparecieron una de las veces que fue a un prostíbulo después de haberse enfadado con la novia, ocasión en la cual no pudo cumplir el acto sexual. Los síntomas surgieron en orden sucesivo. Primero el temor de que la gente lo iba a considerar homosexual, después angustia hasta llegar al pánico durante la defecación con la sensación de algo adentro que no podía expulsar, después la duda obsesiva de si había orinado o no y, a lo último, los actos compulsivos, o sea sucesivamente la defensa paranoica, histérica o obsesiva frente al objeto perseguidor.

El enfermo nació estando su padre ausente en otro país. Al año volvió el padre y uno $\frac{1}{2}$ los pocos recuerdos que tiene de él es una sacudida que le dio a la camita después de lo cual nunca volvió a llorar.

En ausencia de los padres temía la entrada del bogey-man por la ventana. Recuerda con extrañeza su sensación voluptuosa al ver salir un mecánico todo sucio de debajo de un coche y de niño le hubiese gustado trabajar en las minas de carbón para poder “entrar en agujeros oscuros y negros”. El enfermo tenía una relación homosexual y paranoide con el padre transferida al hermano con el cual recuerda juegos infantiles de carácter anal. Recuerda con nitidez un cambio en su carácter a la edad de 6 años, oportunidad en que la familia se trasladó a otro país. Se volvió tímido y dejó el dibujo para el cual tenía cierta facilidad, pero no el talento del hermano. O sea, que fracasa la sublimación y la identificación por la competencia envidiosa con el “lápiz” del hermano. Con el

hermano jugaban en la bañera a quién podía permanecer más tiempo debajo del agua, en la siguiente forma: uno contaba hasta cuando el otro se mantenía sumergido. A los 12 años, cuando se bañaba solo, repetía este juego de campeonato submarino con su pene y al contar lo iba golpeando adentro y abajo del agua, estando todo él sumergido bajo el agua. Se halla sorprendido por una eyaculación que tiene en ese momento y comienza a masturbarse de ahí en adelante. En esta primera masturbación involuntaria se expresa una fantasía psicótica, precisamente la de la envidia. El estar bajo agua en la bañera simboliza un regreso intrauterino. La retención del aire va acompañada de una fantasía de llenarse progresivamente y la fantasía de tensión explosiva dirigida contra el hermano. La sensación voluptuosa de esta expulsión corresponde a la de la visión del mecánico, por ser la expulsión anal-sádica del bogey-man. Por la confusión del instinto, el erotismo de retención (‘~) de la excitación genital adquiere la equivalencia simbólica de la angurria (35) oral por la cual fracasa la anfimixia sexual. El enfermo se masturbaba con fotografías de estatuas griegas que había en una enciclopedia del padre que el enfermo había robado del ropero. Hace un esfuerzo por no acelerar el movimiento masturbatorio, fijándose primero en un pecho y después en el otro, contando hasta veinte para cada uno. Con esta técnica trata de controlar la acumulación de la tensión sexual por significar inconsciente-mente la expulsión destructiva del pene paterno como también la introyección angurriente de ambos pechos. Poco a poco llega a dejar por completo la masturbación dedicándose cada vez más a la lectura con verdadera voracidad. Esta sublimación fracasa a su vez por la equivalencia simbólica de las fantasías inconscientes orales. Se queja de no poder leer más que una o dos páginas por día. Tiene que frenar el interés que se despierta con la lectura, si no le sobreviene la sensación de apuro y aparece la “tensión cardíaca”. No puede fumar y leer al mismo tiempo. La presión cardíaca (duro-puño-ritmo-galope) es literalmente la re-presión de la fantasía inconsciente de masturbación. Es la presión del pene-pecho atacado por su destrucción

envidiosa e introyección angurriente. Por fracasar el acting-out de la perversión, deja la masturbación y aparece el acting-in neurótico contra el objeto perseguidor.

La duda obsesiva se expresa en un sueño donde gira la cabeza en un sentido y en otro alternativamente, siendo juez de un partido de tennis. El juego se acelera cada vez más y los competidores se acercan hasta que no los puede separar más despertándose con presión. El dudar significa separar ambos padres, separación que fracasa al transformarse en la expulsión envidiosa del padre fuera de la madre, provocando la angustia confusional. El enfermo dejó de jugar al tennis por la tensión que se le producía al ganar y por la preocupación hipocondríaca que la parte derecha se desarrollase más que la izquierda. Al igualar izquierda y derecha niega la competencia con el hermano.

La repetición obsesiva fracasa por la misma fijación oral transformándose en angustia obsesiva. Freud nota que la repetición en el tiempo se transforma en el sueño en la acumulación numérica del objeto. (8) En la repetición obsesiva “vuelve lo reprimido” transformándose en una sucesión cada vez más ávida y más acelerada. Es por tal razón que controlaba los movimientos masturbatorios con su contar espaciado contra el peligro de la acumulación de la excitación sexual vivenciada como el círculo vicioso de la confusión con su fin catastrófico.

La finalidad de revisar la camiseta adelante y atrás se revelaba en un sueño en donde tenía puestas dos camisetas que se transforman en una faja dura hasta las rodillas en la cual se siente aprisionado.

El sentido de la duda obsesiva con los calcetines se revela en un sueño donde se siente perseguido y donde no puede huir porque los zapatos se le ponen cada vez más pesados. Siente como plomo en los pies hasta que se despierta con una polución. En estos dos sueños está expresada la inestabilidad del esquema corporal por el fracaso de la identificación con el padre. Persiste la pareja combinada y la necesidad de una disociación bisexual del esquema

corporal, como también existe por la fijación oral un regreso a la ecuación falo-cuerpo. La erección misma produce la sensación claustrofóbica de estar apretado (faja) y la sensación de ser penetrado (plomo). Esta sensación de estar aprisionado y amenazado por un objeto traduce la angustia de nacimiento misma, como se ilustra en el conocido cuento de E. Allan Poe “El Pozo y el Péndulo”.

De manera que la persistencia del conflicto oral produce la envidia contra la pareja inseparable y el fracaso del acting-out de la masturbación por la internalización agresiva impulsa al yo al acting-in neurótico.

Con su inhibición neurótica frente a la lectura se defiende contra la confusión **arriba y abajo**, de la anguria oral con envidia excremental-anal (tensión cardíaca y dolor rectal).

Con la duda obsesiva se defiende contra la confusión de **adelante y atrás** y de **adentro afuera**. Por la fantasía anal sádica del coito en relación con la confusión bisexual se transforma el penetrar masculino en un ser penetrado femenino.

Con su control hipocondríaco se defiende contra la confusión de izquierdo y derecho, controlando su agresividad de competencia con el hermano.

La persistencia del conflicto primario no produce aquí ni la desencarnación esquizoide, ni la estabilización de un fetiche (17) sino la técnica obsesiva para dominar la pesadilla confusional experimentada como la pérdida de las orientaciones vitales.

El pie equino es el símbolo clave de su objeto perseguidor. Después de quejarse que el analista le impide ir al cine con una chica tiene un sueño donde ve entrar al cine a su mejor amigo con una muchacha. Este amigo anda rengo en el sueño, “cojea” como si tuviera un pie equino por parálisis infantil y usa un grueso zapato ortopédico. A través del material de varias sesiones, aparecen las siguientes asociaciones: el mismo ruido que hace una pierna de palo, el del pirata de la Isla del Tesoro —de chico andaba con zancos— los que en un sueño

se confunden con muletas, con las cuales uno se mueve hamacando el cuerpo como él hacía de chico con su caballo de juguete hamacándose y arrastrándolo por el cuarto con ruido de zancos. Al hablar del caballo recuerda con intensa emoción su juego con soldaditos de plomo empalados sobre los respectivos caballitos. De grande, andando a caballo, se lastimó gravemente el ojo con una rama de árbol. Así que en La relación sexual, la erección reactiva la fantasía inconsciente del pie equino que es el pene grande que pertenece al caballo. El pie equino implica el peligro de la parálisis; el coger, de andar “cojo”; el montar el *nightmare*, de ser empalado.

El deseo sexual reactiva inconscientemente la incorporación angurriente y la destrucción envidiosa del pene paterno haciendo regresar al enfermo a la angustia confusional la cual se anuncia en la persecución por la madre fálica. Al andar a caballo a la edad de 6 años, tiene ensueños donde se ve como un caballero perteneciente a la Tabla Redonda del Rey Arturo, imaginándose partícipe de aventuras combativas con un dragón. Ensueño que se prolonga en el contenido de su sublimación actual: estudios filosófico-religiosos con el deseo de entrar en la masonería u otra sociedad secreta. Desea poder participar en una tradición y no estar expuesto a cambios continuos, y desea ser iniciado en un saber secreto con el cual idealiza la relación con su padre.

La técnica obsesiva es su arte de equitación con el cual trata de dominar el night-mare. En la defensa neurótica opera la fantasía de lucha contra un dragón, lo que implica la disociación del nightmare en dragón (tabú) y caballo por lo cual puede sentirse caballero del rey (totem ideal del yo). Al fracasar la disociación se fusionan caballo y dragón en nightmare y siente la angustia de confusión como pérdida de su orientación corporal.

En resumen: En los tres casos mencionados persiste el mecanismo de disociación, idealización y negación.

En A, el beso del Yoghi muestra la fenomenología de la idealización. Al disociar el piso de arriba y de abajo, niega la envidia y entra en el estado de

idealización al inmovilizarse la rueda de la reencarnación.

En B, se estructura con el abrazo del MóBILE la pantalla de la ronda nocturna. El perpetuo móBILE de la repetición de su perversión, mantiene reprimida la visión de “Las Meninas”, negación que mantiene al fijarse en su idealización de los hombres con sus lanzas y banderas.

En C opera, con la cabalgata sobre el nightmare, la dialéctica de la defensa. Al luchar contra el dragón se produce la disociación por la cual pertenece como caballero a su ideal: el rey.

La patología neurótica se origina en la estructura dialéctica del fenómeno de la idealización. **La pantalla contra la angustia de confusión impide la angustia depresiva de la integración.**

Un ejemplo concreto es el fracaso de la unión sexual, porque: la confusión del yo entre persecución y culpa impide el sentimiento de amor.

—La confusión del instinto impide la amfimixis de las tendencias pregenitales.

—La confusión del objeto impide la integración del esquema corporal.

V LA EXPLICACION DEL SIMBOLO

1) **La condensación por la continuidad genética.** — Hemos tratado de mostrar cómo es fundamental la diferencia esencial hecha por Melanie Klein entre el objeto idealizado y el objeto bueno. Lo hemos identificado con la diferencia hecha por Rodrigué y Segal entre el equivalente simbólico y la representación simbólica: uno duplica el objeto, el otro evoca el objeto (80); uno niega la pérdida del objeto y el otro supera la pérdida del objeto (85). El objeto idealizado niega la pérdida de la madre y es la alucinación de la unión prenatal. En tanto que con el objeto bueno el yo ha superado el trauma de nacimiento y ha encontrado en la relación con el pecho un sustituto satisfactorio edificado por sus sentimientos de gratitud y amor. Además, la diferencia

mencionada coincide con la descrita por Rycroft entre el símbolo utilizado por el proceso primario y el símbolo utilizado por el proceso secundario. “Cuando es utilizado por el proceso primario entonces el símbolo es tratado exactamente de la misma manera como el imago-recuerdo del objeto primario”. (33)

En nuestro concepto el símbolo no es utilizado, sino que se constituye por el proceso primario y secundario respectivamente. En otro trabajo (27) hemos descrito esta constitución: la de la experiencia del objeto símbolo por la especulación onírica de Narciso y la de la experiencia del objeto-cosa por la intencionalidad encarnada e intersubjetiva.

O sea, que la diferencia esencial entre ambos objetos radica en su estructura temporal. El objeto idealizado y sus equivalentes simbólicos se constituyen por el proceso primario, por una conducta onírica del yo, el cual por medio de la disociación niega la angustia de separación y muerte, niega el tiempo y experimenta lo eterno en la unión. El objeto bueno es una representación simbólica la cual induce cada vez a nuevas representaciones, las que son nuevas integraciones temporales del yo y del objeto. El proceso depresivo está íntimamente ligado a la temporalización. La depresión es reconocer la pérdida, como la separación al reconocer la envidia agresiva y es reparar con la capacidad de amor.

Dice Glover: “La realidad objetiva adulta no es tanto algo que llegamos a reconocer, sino algo que conquistamos después de haber pasado a través de pantallas de miedo, de libidinización y de sublimación” (16). Pero una experiencia pantalla es una experiencia hecha por medio de disociación. Cuando el yo no llega a integrar, entonces sigue una experiencia pantalla a la otra a través de la evolución. **El objeto idealizado se desplaza de una pantalla a la otra; y por desplazarse en vez de evolucionar, se condensa en vez de integrarse.**

En tanto que la evolución integrativa muestra una **metamorfosis** del objeto bueno en objeto transicional, super-yo asimilable y objeto diferenciado de amor,

la evolución patológica muestra sólo un cambio caleidoscópico, una nueva composición con las mismas piezas. El objeto idealizado, el fetiche, el super-yo arcaico, el objeto de la sublimación están cada vez constituidos por idealización, disociación, negación.

El objeto idealizado, por su constitución ontológica misma ser intemporal, se desplaza y se condensa a través del tiempo.

La continuidad genética de lo patológico, del objeto idealizado, origina el desplazamiento y la condensación de sus equivalentes: el símbolo.

2) **La articulación por la interpretación transferencial.** La palabra símbolo significa sym-ballere, “echados junto”. La interpretación del símbolo consiste en su explicación, en des-plegar, articular lo que está implicado, junto, condensado. No es la traducción consciente del lenguaje inconsciente sino que es tornar consciente la interpretación inconsciente que la existencia siempre ya ha hecho. La situación humana es una situación hermenéutica.

Y esta toma de conciencia sólo es posible cuando se articulan las diferentes expresiones para poder surgir la relación vivencial entre ellas (Erlebniszusammenhang de Dilthey) o sea la relación entre las expresiones de la sexualidad, de la neurosis y de la sublimación. Al desplegarse en estas dimensiones recién adquiere el símbolo la perspectividad en la cual entonces puede ser vista y así adquirir el enfermo su insight. **Porque al ver lo mismo en las diferentes dimensiones de su existencia se articulan estas dimensiones, por lo cual cambia el ser del que ve así.** No se mantiene desplazado en la intemporalidad del símbolo condensado sino que al abrirse hacia su angustia des-cubre su destino. (24)

En el fenómeno de la sublimación cabe también distinguir entre “lo normal”, evolutivo y lo patológico. La sublimación es según Freud un destino del instinto. El haberse descubierto la relación objetal del instinto permite cambiar esta definición en: la sublimación es un destino del objeto.

Donde la sublimación expresa una reparación encontramos la expresión

“más sublime” de la relación objetal, porque es la experiencia del amor que capacita al yo a esta respuesta. La sublimación patológica no es una experiencia de amor sino una idealización por hipercatexis defensiva. (14) Esta sublimación mantiene la psicosis latente y amenaza al yo en cualquier momento con la invasión de equivalentes simbólicos. (85)

La experiencia de la sublimación patológica expresa un destino del objeto idealizado igual como lo son la experiencia perversa y la experiencia neurótica. Y es precisamente la interpretación de la experiencia transferencial la que permite articular estas tres dimensiones. La enferma A mostraba su perversión transferencial en la fantasía erótica oral mutua con el analista la cual provocaba su neurosis transferencial al darse vuelta y Ytúrar al analista, manteniendo disociada la cabeza y el *cuerpo* pudiendo así realizar la sublimación transferencial al buscar en el análisis el saber esotérico y en el analista “la presencia de Dios”. En la situación transferencial se inscribe el mismo texto con tres tipos de letra diferente. Y como Champollion descubre la clave de la escritura egipcia con la piedra de Rosetta donde estaba grabado un mismo texto en tres diferentes idiomas, puede el enfermo con la interpretación transferencial descifrar los jeroglíficos del inconsciente. Al liberarse de la idealización deja de ser un destino del instinto y contesta con su destino al enigma de la Esfinge.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ALTMAN, LEON L. On the oral nature of acting out. Jour. Am. Psy. an Ass. Vol. 5, N° 4.
- 2) BENSE, MAX. Estética. Edit. Nueva Visión. Buenos Aires 1957.
- 3) BION, W. R. Differentiation of the psychotic from the nonpsychotic personalities. Int. Jour. of Psyc Anal. Vol. 38, N° 3-4.

- 4) BUYTENDIJK, F. J. J. — Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung. Springer Verlag. Berlín 1956.
- 5) COURCHET, J. L. Activité Motrice: généralités. En la Encyclopédie Médico-Chirurgical-Psychiatrie.
- 6) EKSTEIN, R. and FRIEDMAN, S. W. — Acting out, Play action and Play acting. Jour. Am. Psy. an. Ass. Vol. 5, N° 4.
- 7) FREUD. — Die Traumdeutung.
- 8) FREUD. — Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten.
- 9) FREUD. — Das Ich und das Es.
- 10) FREUD. — Die Weiblichkeit (la Neue Folge).
- 11) FREUD. — Hemmung, Symptom und Angst.
- 12) FENICHEL, OTTO. — The Psychoanalytic Theory of Neurosis. Ed. Norton and Co. New York 1954.
- 13) FERENCZI, SANDOR. — Versuch einer Genitaltheorie. Latera. Psy. an. Ven. Wien 1924.
- 14) GEBSATTEL, FRH. y. E. VON. — Prologomena einer Medizinischen Anthropologie. Springer Verlag. Berlin 1954.
- 15) GLASENAPP, H. VON. — Die nichtchristlichen Religionen. Fischer Lexikon. 1957.
- 16) GLOVER, EDW. — The relation of perversion formation to the development of the reality sense. Inter. Jour. of Psy. Anal. Vol. 14, 1933.
- 17) GREENACRE, PHYLLIS. Certain relationships between fetishism and faulty development of the body image. Annual Survey of P. A. Vol. 4 Int.Univ. Press New York 1953.
- 18) GUSDORF, GEORGES. — Traité de Metaphysique. Edit. Armand Collin, Paris 1956.
- 19) HEIMANN, PAULA. The Polymorphous stage of instinctual development. Inter. Jour. of Psy. Anal. Vol. 14, 33, 1952.
- 20) HINSIE and SHATZKY. — Psychiatric Dictionary. Oxford Med.

Publ. New York 1940.

- 20a) ISAACS, SUSAN. Naturaleza y función de la fantasía. Developments.
- 21) KLEIN, MELANIE, — Envy and Gratitude. A study of unconscious sources. Tavistock Publications Ltd. London, 1957.
- 22) KLEIN, MELANIE. — Developments in Psychoanalysis. Hogarth Press. London 1952.
- 23) KLEIN, MELANIE. — El Psicoanálisis de niños. Edit. As. Psicoan. Argent. Buenos Aires, 1948.
- 24) KIERKEGAARD, SOREN. — Le concept de langosse, Gallimard, París, 1935.
- 25) KOOLHAAS, G. — Priapismo. Sobre la fantasía inconsciente de la erección. Rev. Uruguay de Psi. an. Tomo 1, N° 1. Montevideo, 1956.
- 26) KOOLHAAS, G. — Un sueño típico: el ascensor. Rev. de Psi. an. Tomo 13, N° 4, Buenos Aires.
- 27) KOOLHAAS, G. — El tiempo de la disociación, de la represión, de la reparación. Rev. Uruguay de Psi. an. Tomo 2, N° 1-2.
- 28) NIETZSCHE. — Die Geburt den Tragüdie.
- 29) RODRIGUÉ, EMILIO. — The analysis of a three-year-old mute schizophrenic. New Directions in Psychoanalysis. Tavistock. London, 1955.
- 30) RODRIGUÉ, EMILIO. — Notes en symbolism. Intern. Jour. Psy. Anal. Vol. 37, N° 2-3.
- 31) ROSENFELD, HERBERT. — Note on the psychopatology of confusional states la chronic schizophrenias. Inter. Journ. Psy. Anal. Vol. 81, N° 1-2.
- 32) ROSENFELD, HERBERT. — Psycho-Analysis of the super-ego conflict in an acute schizophrenic. New Directions tu Psychoanalysts. Tavistock. Lond. 1955.
- 33) RYCROFT, CHARLES. — Symbolism and its relationship to the primary and secondary processes. Intern. Journ. Psy. Anal. Vol. 37, N° 2-3.

- 34) RYCROFT, CHARLES. — Two notes on idealization, illusion and **disillusion** as normal and abnormal psychological processes. *Intena Journ. Psy. Anal.* Vol. 36, N° 2.
- 35) SEGAL, HANNA. — Notes on symbol formation. *Inter. Jour. Psy. Anal.* Vol. 38, N° 6.
- 36) WAEHLENS, A. DE. — Une philosophie de l'ambiguïté (L'existentialisme de Maurice Merleau-Ponty). *Puyl. Universitaires.* Louvain, 1951.
- 37) WAEHLENS, A. DE. — *Phénoménologie et Vérité.* Presses Univ. de France. París, 1953.
- 38) WINNICOTT, D.W. — Transitional Objects and transitional phenomena. *Latera. Joan. Psi. Anal.* Vol. 84, 1958.
- 39) ZELIGS, MEYER A. — Acting la (A contribution to the meaning of some postural attitudes observed during analysis). *Jour. Amen. Psy. Ass.* Vol. 5, N° 4.
- 40) ZIEGLER, LEOPOLD. — *Menschwerdung.* Summa Verlag. Olten Schweiz, 1948.

RESUMEN

El origen psicótico de la neurosis

1) En su último libro "Envidia y gratitud", Melanie Klein describe cómo la inestabilidad de la disociación esquizoide por idealización precipita la evolución genital precoz. Mediante esto aclara la perversión como defensa contra la psicosis. La fórmula clásica de Freud: neurosis negativo de la perversión, adquiere una nueva trascendencia al revelarse ahora la neurosis como último término de una dialéctica. Por la envidia se produce el fracaso de la posición esquizoide, causando la fijación de la experiencia perversa, la cual impide la

solución del complejo edípico.

2) La situación de nacimiento provoca envidia hacia la madre y su interior. La envidia es una sensación rabiosa de que el otro posee y disfruta algo deseable y es tanto el impulso de destruir como de robar ese algo. La envidia está ligada a la angurria, gula impetuosa e insaciable. Por la envidia que experimenta el lactante durante la succión surge simultáneamente la fantasía inconsciente de introyectar el pecho, como la de hacerse un camino adentro del pecho. La destructividad introyectiva de la angurria y la destructividad proyectiva de la envidia surgen simultáneamente produciéndose la confusión de libido y agresividad, de bueno y malo, del cuerpo de la madre y del niño. Es así que por la organización oral del instinto en el lactante la angustia de nacimiento se presenta como angustia confusional. El yo puede vencer la envidia con su capacidad de amor al sentir gratitud por la gratificación y así reconocer un objeto bueno que discrimina de un objeto malo. Con sus impulsos de amor puede entonces, durante la frustración, recordar la gratificación y esperar que vuelva, estableciéndose la imagen del objeto bueno. La conciencia de un objeto surge en esta temporalización del yo al discriminar el cuerpo el estímulo fisiológico real malo y bueno. La temporalización es correlativa de la encarnación, la relación intrínseca de conciencia y cuerpo. Al fracasar la encarnación por la confusión el yo se defiende contra la angustia con una desencarnación. Al no poder discriminar las sensaciones y así esquematizarlas, el cuerpo borra el estímulo con un regreso hacia la motilidad mimética, actividad tónica que mantiene la resonancia del feto con la pared uterina. Lo que para el observador se manifiesta como objeto idealizado es la ausencia de conciencia de un objeto por la desencarnación. De ahí la fenomenología de la idealización: lo “oceánico” al no producirse la temporalización, el correr del tiempo, pues es sólo en este correr del tiempo que puede permanecer un objeto. El “encapsulamiento” al no abrirse un espacio, pues es sólo al abrirse un espacio que puede encontrarse un objeto. Lo “nirvánico”, al borrarse todo estímulo

propioceptivo, se produce la extinción de la sensación corporal. Por constituirse contra la confusión y no por temporalización, el objeto idealizado no tiene estabilidad y una y otra vez vuelve la angustia confusional. El yo vivencia tal angustia como paralización, al no poder disociar; como desintegración al quebrarse el objeto idealizado por el objeto perseguidor; como aniquilación al desaparecer todo objeto.

3) Por la inestabilidad del objeto idealizado huye el yo del conflicto oral hacia la genitalidad. Esta genitalidad precoz se caracteriza por impotencia orgástica al ser la satisfacción inadecuada por la persistencia del deseo oral; por promiscuidad al buscar continuamente otro objeto; por compulsividad al proteger la gratificación contra la angustia; por homosexualidad al huir del objeto primario hacia el segundo objeto, el falo. Esta genitalidad es la perversión misma. Al fracasar la disociación esquizoide —la idealización del objeto interno— se defiende el yo con la libidinización de un objeto externo. Este objeto adquiere una estructura fetichista al reflejar la disociación represiva del yo. El fetiche conmuta la disociación en represión por la experiencia pantalla que procura. La pantalla separa agresividad y libido por lo cual el conflicto queda fijado ya que la gratificación no mitiga la agresividad. El fetiche es un equivalente simbólico del objeto idealizado. No subsiste en sí, sino que necesita la pantalla sobre la cual se proyecta. La experiencia perversa es repetida para mantener la pantalla erigida. Represión, fijación y repetición constituyen la estructura de la pantalla. El acto perverso es un acting-out de la disociación al no producirse el *working through* del conflicto.

4) La defensa perversa fracasa a su vez porque al persistir la envidia fracasan los celos y la elaboración del complejo edípico. La confusión del instinto —la envidia oral— origina la fantasía inconsciente de la gratificación permanente de ambos padres por lo cual parecen inseparables: la pareja combinada o sea la confusión del objeto. Se produce el fracaso de la posición femenina en el niño varón. Al no poder separar los padres no puede identificarse

con el padre, no puede edificar un super-yo asimilable. La confusión del objeto expresa la quiebra de la estructura fetichista. El yo se defiende ahora contra la neurosis, con el negativo de la perversión o sea con un “acting-in” de la disociación. El fetiche se transforma en totem y tabú. Al efectuar con la neurosis un ritual tabú, el yo obedece a un totem. El super-yo patológico, ideal y censor es un equivalente simbólico del objeto idealizado perseguidor. La técnica neurótica expresa una fantasía de defensa contra la pareja combinada: huir (fobia), inmovilizar (histeria) o separar (obsesión). El síntoma neurótico también procura una experiencia pantalla al significar tanto una gratificación como una defensa.

5) El objeto idealizado es un equivalente simbólico del estado prenatal. Niega la separación, niega el tiempo, es intemporal. El objeto bueno es una representación simbólica. Reconoce la pérdida del objeto y por eso puede evocarlo. La representación simbólica se constituye por temporalización. La evolución integrativa muestra una integración temporal en un nivel cada vez más alto. Se produce una metamorfosis del objeto bueno en objeto transicional, superyo asimilable y objeto diferenciado del amor. La evolución patológica muestra sólo un cambio caleidoscópico, una nueva composición de las mismas piezas. El objeto idealizado, el fetiche, el superyo arcaico, el objeto de la sublimación están cada vez constituidos por idealización, disociación, negación. El objeto idealizado por ser intemporal se desplaza y se condensa a través del tiempo. La continuidad genética del objeto idealizado origina el desplazamiento y la condensación de sus equivalentes: el símbolo. Explicar el símbolo es desplegar, articular lo que está junto. Por la situación transferencial es posible articular el significado de la experiencia sublimatoria neurótica y sexual. Al ver lo mismo en las diferentes dimensiones de su existencia, se articulan estas dimensiones por lo cual cambia el ser del que ve así. No se mantiene desplazado en la intemporalidad del símbolo condensado, sino que al abrirse hacia su angustia descubre su destino. Al liberarse de la idealización, deja de ser un

destino del instinto y contesta con su destino al enigma de la esfinge.

SUMMARY

The psychotic origin of neurosis

1) In her last book “Envy and Gratitude”, Melanie Klein describes how the instability of schizoid splitting through idealisation, precipitates the precocious genital development. Perversion reveals itself to be a defense against psychosis. Freud’s classical formulation: neurosis is the negative of perversion now acquires a new transcendency in as far as the neurosis appears to be the last term of a dialectic. Through envy the schizoid position fails, thus causing the fixation of the perverse experience which again makes the solution of the Oedipus complex impossible.

2) The birth situation stirs up envy towards the mother and her good inside. Envy is a furious feeling that the other one possesses and enjoys something desirable and it is both the impulse to destroy and to rob this something. Envy is closely related to greed, an impetuous and insatiable craving. Due to the envy the suckling experiences during the act of sucking the unconscious phantasy of incorporating the breast, as well as the phantasy of making a way into the breast appear simultaneously. The introjective destructiveness of greed and the projective destructiveness of envy appear at the same time producing the confusion between libido and aggression, between good and bad, between the body of the mother and the child. The oral drive organisation in the suckling turns the birth anxiety into confusional anxiety. The ego overcomes envy with its capacity for love, experiencing gratitude for the gratification and is thus able to recognise a good object discriminating it from the bad object. During the frustration it can, through its love impulses, remember the gratification and

hope for its return, establishing the image of the good object. The consciousness of an object constitutes itself in this temporalisation of the ego where the body discriminates the real good and bad physiological stimulus. Temporalisation and incarnation, the intrinsic relationship between conscience and body are correlative. When incarnation fails due to confusion, the ego defends itself against the anxiety with a disincarnation. Where the body cannot discriminate sensations and so put them in a scheme he erases the stimulus with a regression towards mimetic motility, that is the tonic activity which maintains the resonance of the foetus with the wall of the womb. What presents itself to the observer as an idealised object is actually the absence of object consciousness due to disincarnation. This expresses the phenomenology of idealisation: the “oceanic” feeling through the absence of temporalisation, the stream of time, because it is only in this stream of time that an object can remain. The “encapsulation” where there is no “spacialization”, because it is only where a space opens that an object can be met. The “Nirvana principle”, every proprioceptive stimulus being erased, causes the extinction of the body sensation. Because it constitutes itself against confusion and not by temporalisation, the idealised object has no stability and once and again confusional anxiety returns. The ego experiences this anxiety as paralyzation when it cannot split; as disintegration where the idealised object is shattered by the persecutory object; as annihilation where every object vanishes.

3) The instability of the idealised object causes the flight of the ego from oral conflict towards genitality. This precocious genitality is characterized by orgasmic impotence because the persistence of the oral desire makes the satisfaction inadequate; by promiscuity, the continuous search of another object; by compulsion, because the gratification is aimed at as a defense against; by homosexuality, where there is a flight of the ego from the primary object towards the second object, the phallus. This genitality is perversion itself. Where the schizoid splitting fails —the idealisation of the internal object— the

ego defends itself with the *libidinisation* of an external object. This object acquires a fetishistic structure where it reflects the repressive dissociation of the ego. Because of the screen experience it provides, the fetish transforms dissociation into repression. The screen separates aggression and libido *causing* the fixation of the conflict as gratification does not mitigate aggression. The fetish is a symbolic equivalent of the idealised object. It does not subsist in *itself, but* needs the screen upon which it is projected. The perverse experience is repeated in order to maintain the screen erect. Repression, fixation and repetition constitute the structure of the screen. The perverse act is an acting-out of the dissociation as the working through of the conflict cannot be effected.

4) The defense against perversion fails likewise because through the persistence of envy, jealousy fails, and thereby the elaboration of the Oedipus complex. The confusion of the instinct —oral envy— originates the unconscious phantasy of everlasting gratification between both parents through which they appear to be inseparable: the combined parent figure, that is **to** say, the confusion of the object. This causes the failure of the *feminine* position in the case of the boy. As he cannot separate the parents, he cannot identify himself with the father, he cannot edify an assimilable super-ego. The confusion of the object expresses the breakdown of the fetishistic structure. The ego now defends itself with the neurosis, with the negative of perversion, that is to say, with an “acting-in” of the dissociation. The fetish becomes Totem and Tabu. Where the ego enacts a tabu ritual with the neurosis, the ego obeys a totem. The pathological super-ego, ideal and censor, is a symbolic equivalent of the idealised-persecutory object. The neurotic technique expresses a defense phantasy against the combined couple: flight (fobia), immobilisation (hysteria), separation (obsession). The neurotic symptom *also* provides a screen experience in as far as it signifies both a gratification as well as a defense.

5) The idealised object is a symbolic equivalent of the prenatal union. It denies separation, it denies time, it is timeless.

The good object is a symbolic representation. It recognises the loss of the object and therefore can evoke it, re-present it. The symbolic representation constitutes itself by temporalisation. The integrative development presents a temporal integration on an ever higher level. A metamorphosis takes place, from the good object into transitional object, assimilable super-ego and the object differentiated through the experience of love.

The pathological evolution only shows a kaleidoscopic change, a new composition with the same pieces. The idealised object, the fetish, the archaic super-ego, the object of sublimation are each time constituted by idealisation, dissociation, negation. Because it is timeless, the idealised object displaces and condenses itself through time. The genetical continuity of the idealised object originates displacement and condensation of its equivalents: the symbol. To explain the symbol is to unfold, to articulate what is together. By means of the transference situation it is possible to articulate the meaning of the sublimatory neurotic and sexual experience. Where the same is seen in the different dimensions of his existence, these dimensions to articulated whereby changes the being of him who sees in this way. In-sight opens existence. It does not maintain itself displaced from its situation in the timelessness of the condensed symbol, but by no longer deflecting anxiety it discovers its destiny. When existence sets itself free from idealisation it ceases to be a destiny of the instinct and answers with its destiny to the riddle of the Sphinx.

El análisis de un niño de tres años
esquizofrénico y mudo¹

EMILIO RODRIGUE
BUENOS AIRES

Este trabajo está basado en el material clínico de un niño psicótico que inició el tratamiento a los tres años de edad. Su pronunciado retraimiento y los rasgos de negativismo de su estado creaban especiales problemas que desearía esbozar en primer lugar, particularmente aquellos que se presentaron al comienzo del tratamiento; también deseo señalar las fuentes a las que debí recurrir a fin de comprender la conducta psicótica de este niño.

El problema inmediato era el de la comunicación. El niño no hablaba, habiendo perdido un año antes de comenzar el tratamiento las escasas palabras que una vez dominara. No emitía sonido articulado alguno, sólo ocasionalmente algún grito gutural. La expresión de las manos y rostro era inexistente. Permanencia *totalmente silencioso* y no trataba de comunicarse por medio de sonidos o gestos. Ningún significado emocional se desprendía de las habilidades corporales que poseía: el caminar, desabrochar su abrigo, sacarse el gorro, por ejemplo, eran ejecutados de manera mecánica.

Enfrentado a este comportamiento mudo y aparentemente inexpresivo, mi primer objeto fue obviamente comprender al niño y hacer que él me comprendiera. Este trabajo que abarca los primeros siete meses de tratamiento y especialmente los cinco primeros, trata de describir la forma en que pudo establecerse el contacto y se desarrollaron los medios de comunicación mutua, y cómo en el transcurso de la labor analítica, los medios de expresión del niño se

¹ Este trabajo constituye el capítulo VII del libro *New Directions in Psycho-Analysis*, Tavistock Publications Limited, London, 1955.

desenvolvieron y su contacto conmigo progresó hacia una relación más completa. Elegí la descripción de los primeros siete meses del análisis porque fue cerca del final de este período, en el quinto mes, que el niño empezó a hablar.

No constituye mi principal objetivo hacer un relato detallado de la técnica del análisis. Recalcaré, sin embargo, que no me aparté de los requerimientos técnicos esenciales del análisis de niños ideados por Melanie Klein. ⁽²⁾ Vale decir que, en la medida de lo posible, interpreté consecuentemente las manifestaciones de la transferencia positiva y negativa, no confiando en otras medidas, tales como el reaseguramiento, ruegos o regalos, para la obtención de resultados terapéuticos. Más aún, dándome cuenta de que este niño era muy sensible a las alteraciones de la rutina y resentía amargamente cambios aún mínimos de mi actitud hacia lo que le era permitido hacer, pronto aprendí a ser con él más consecuente que con la mayoría de los niños neuróticos. En lo que respecta al arreglo del cuarto de juegos y juguetes usados en el tratamiento, también seguí las sugerencias de Melanie Klein; comentaré este punto más adelante.

Inútil decir que, en las primeras semanas de tratamiento, mis interpretaciones fueron de tanteo, debido a que sólo hallé ligeras y dispersas indicaciones en la conducta del niño que les sirvieran de base. Además, puesto que no daba señales de oír lo que yo decía, faltaba el criterio habitual para apreciar la interpretación, es decir la observación de alguna respuesta emocional. ⁽³⁾

² Ver *El Psicoanálisis de niños*, en particular Cap. II, “La técnica del análisis temprano”.

³ Estas dificultades fueron mayores durante las primeras seis semanas de análisis, pero aún así, el que Raúl no reaccionara a mis interpretaciones —como hubiera hecho un niño con menos disturbios— no significa —según veremos más adelante— que no respondiera en absoluto.

Otra dificultad surgió con respecto a las palabras utilizadas en mis interpretaciones y muy a menudo debí luchar contra las limitaciones inherentes al uso de un vocabulario muy simple y reducido para describir procesos emocionales complejos.

Una razón importante de la dificultad en hallar las palabras apropiadas radicaba en el hecho de que algunos de estos procesos, si no la mayoría, pertenecían a una etapa pre-verbal (diríase) del desarrollo. Además es necesario recalcar que la apreciación de la justeza de la interpretación descansaba a veces en imponderables de la conducta del niño imposibles de reproducir, estando por su propia naturaleza fuera del dominio del pensamiento discursivo; producían, sin embargo, en mi mente cierta impresión y me llevaban a interpretar de un modo determinado. Creo que esta experiencia es familiar a todos los analistas y que se presenta en alguna medida en todo análisis, de manera que debe ser aún más esperada cuando se infiere a partir de la conducta de un niño autista. Por esta razón el uso de los sentimientos contratransferenciales, en la forma que describe Paula Heimann, ⁽⁴⁾ es decir como instrumento de ampliación del insight, tiene aquí, creo, una aplicación más amplia que en la mayoría de los casos.

El conocimiento de los trabajos de Melanie Klein sobre los procesos mentales tempranos era esencial para la comprensión del comportamiento “autístico” de este niño; pienso que el presente artículo en su totalidad ilustra este punto. Hallé la orientación específica necesaria en las formulaciones generales teóricas y técnicas de Melanie Klein y en el trabajo ⁽⁵⁾ en que describe el análisis de un niño psicótico (Dick, de cuatro años de edad). La técnica empleada en ese análisis y las conclusiones sacadas de él me resultaron

⁴ “On Counter Transference”, *Int. J. Psycho-Anal.*, Tomo XXXI (1950).

reveladoras en extremo, y esto especialmente porque la sintomatología de Dick y la de mi paciente niño eran sorprendentemente parecidas.

HISTORIAL

Raúl tenía tres años y tres meses cuando inició el tratamiento. Sus principales síntomas consistían en un marcado retraimiento, mutismo, negativismo, obediencia automática y un atraso intelectual general.

A pesar de que el desmejoramiento de su estado había empezado solamente hacia la mitad del segundo año, el problema básico, el de la *disociación* emocional, podía rastrearse hasta los primeros meses de vida.

Era primogénito; había nacido en estado de asfixia luego de un parto laborioso y sus primeras respuestas parecen haber sido típicas del “lactante inerte” descrito por Merrell Middlemore, ⁽⁶⁾ pues era incapaz de agarrar el pezón y mostraba considerable torpor. *El* reflejo de mamar sólo apareció al cuarto día. Cuando lactante dormía constantemente. Si se le manejaba con rudeza se

⁵ Ver “The Importance of Symbol Formation in the Development of the Ego” (1930), en *Contributions to Psycho-Analysis 1921-45* (London, 1948). (Traducido en Revista Uruguaya de Psicoanálisis, I-1 (1956): “La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo”. N. del T).

⁶ Ver *The Nursing Couple* (London, 1941), p. 77.

endurecía, pero sólo salía a medias de su estado de letargo. Las dificultades en la alimentación existieron desde el principio; su constante falta de apetito preocupaba a sus padres. Fue sorprendentemente débil la resistencia al cambio por biberón al cuarto mes, al reanudar la madre el trabajo; pero si bien aceptó el biberón, no mostró entusiasmo por éste. En resumidas cuentas pues, había sido un *niño* tranquilo, que ni lloraba ni reía mucho, y *cuya* persistente falta de apetito únicamente preocupaba a sus padres. (⁷)

Hasta pasados los seis meses de edad, el desarrollo físico e intelectual de Raúl no se apartó mayormente de la noción que sus padres tenían de la normalidad. Se sentó y caminó en el tiempo normal. Su primera palabra fue oída al final del primer año, siendo precedida por una etapa de laleo más bien débil. A los dieciséis meses poseía un vocabulario de seis palabras. En esa misma época, si bien no se había logrado el aprendizaje de la limpieza, manifestaba ocasionalmente incomodidad y repugnancia al ver sus pañales sucios.

Una regresión profunda y repentina ocurrió después de los dieciséis meses, al quedar nuevamente embarazada la *madre*, (⁸) y su estado empeoró al dar ésta a luz un segundo *niño*, el *único* hermano de Raúl, precisamente en el día de su segundo cumpleaños. En pocos meses Raúl perdió la mayor parte de sus logros sociales; su escaso vocabulario desapareció y a esto siguió la pérdida de los sonidos articulados. Su rostro perdió la *expresividad*; no lloraba ni reía, si bien ocasionalmente sonreía a sí mismo; sus manos también se volvieron inexpresivas. El juego se hizo inimaginativo y solitario; durante horas seguidas hacía girar monótonamente la tapa de una cacerola o rebotar una pelota,

⁷ El examen neurológico no reveló lesión cerebral alguna

⁸ Sus padres estaban seguros de que estos cambios adversos coincidieron *con* el principio del segundo embarazo de la madre, probablemente no porque el niño lo notara en su estadio temprano, sino porque reaccionó a una relación emocional alterada de su madre con él.

pareciendo en tales momentos profundamente absorto en un mundo privado personal. No tenía juguete favorito. En la esfera social mostraba un completo desapego de sus allegados, al extremo de reconocer rara vez a sus padres. Rechazaba con violencia todo intento de comunicación con él, pues no permitía caricias o contacto fuera del manejo de rutina propio de actividades como el baño o la muda.

Se ensuciaba y mojaba y esto no parecía importarle, aun si no lo cambiaban durante horas. Mostraba insensibilidad al dolor, en particular al frío.

Parecía estar pidiendo el mantenimiento de la rutina. Quería que las cosas se hicieran siempre de la misma manera. Esto podía notarse especialmente en las comidas. Las dificultades en la alimentación habían existido desde el nacimiento, pero se volvieron más marcadas con la introducción de sólidos, al final del primer año. Al principio los rechazó de plano y sólo gradualmente llegó a aceptar puré de verduras y algunas papillas. Resentía la menor variación en su dieta; por lo que ésta se hizo muy monótona. Era peculiar su modo de acercarse a un alimento “sospechoso”; muy lentamente sacaba una cucharada y, luego de examinarla bajo todos sus ángulos, “probaba” una pequeñísima cantidad de la punta de la cuchara. No podía morder alimento sólido alguno — carne, tostadas o golosinas—, y acostumbraba escupir la comida que no le gustaba. (9)

⁹ Con lo que ya dije de Raúl puede establecerse el paralelo con la sintomatología de Dick (ver el trabajo de Melanie Klein sobre la Formación de Símbolos). Este niño de cuatro años sufría una inhibición emocional e intelectual intensa al extremo de que toda su vida mental se hallaba en un punto muerto. Su desapego del ambiente era casi total y no mostraba interés alguno por el juego u otra actividad expresiva. Su lenguaje presentaba rasgos ecolálicos y era de tipo “autístico”. La oscilación entre la obediencia automática y la conducta negativista completaba sus síntomas más aparentes. También Dick tenía un historial de dificultades en la alimentación arrancando del nacimiento e incluyendo la misma lucha contra los sólidos. Es bastante significativo que mostrara parecida inhibición para morder alimentos duros. La descripción que hace Melanie

LOS PADRES

Cuando Raúl tenía cuatro meses de edad su madre volvió al trabajo, confiándolo casi exclusivamente al cuidado de niñeras; éstas dejaban la casa con la suficiente frecuencia como para que el niño no pudiera encariñarse con ninguna de ellas. La madre se ocupó más de él luego de tener a su segundo hijo (un bebé normal), al que pronto prefirió. La personalidad de la madre y *su* relación *con* el *hijo* mayor constituyen un tema difícil de tratar brevemente sin distorsionarlo. En muchos aspectos era una madre “mala”. Emocionalmente inestable, era más bien inclinada a quejarse de su mala suerte; a veces consideraba a su hijo como un caso sin esperanzas, otras tan sólo como un niño “nervioso”. Le faltaba la capacidad de mantenerse a una distancia emocional adecuada de su hijo, pues era o bien demasiado desapegada e indiferente o bien insistía tercamente en tratar de sacudir el retraimiento del niño. Daré dos ejemplos de este último rasgo. Se preocupaba por demás en hacerlo comer y a

Klein de su primera entrevista con Dick puede, en lo esencial, aplicarse al comportamiento de Raúl en la misma ocasión.

veces se enojaba, de modo que cuando el niño escupía los alimentos, ella se los volvía a introducir en la boca coléricamente. El otro ejemplo se relaciona con una costumbre que Raúl adquirió algún tiempo antes de empezar el tratamiento y que consistía en taparse los oídos trayendo el pabellón hacia adelante. Su madre consideraba esto como un ardid “perverso” para no oír y tuvo la desafortunada idea de fajarlo. En ambos casos manifestaba ella un mismo desesperado impulso a introducirse a la fuerza *en* el mundo privado de su hijo.

Debo señalar, sin embargo, que en estos ejemplos ella aparece en su peor aspecto. Agregaré por lo tanto que empezó a cooperar en el tratamiento de su hijo cuando notó en éste señales de progreso y que más adelante cambió mucho, demostrando poder en general ayudar más allá de lo esperado. *El padre* de Raúl producía buena impresión; era bondadoso con su hijo y estaba sinceramente apenado aunque no desesperado por la enfermedad.

PRIMERA ENTREVISTA Y CURSO TEMPRANO DEL ANALISIS (¹⁰)

El rasgo más aparente surgido de la primera entrevista era el carácter extremo de la falta de contacto del niño con el ambiente. Se comportaba como si el cuarto de juego hubiese sido un espacio vacío y, si bien debía tener conciencia de los obstáculos, ya que los evitaba, actuaba por así decir como si los límites formados por las paredes no se hallaban realmente allí. Miraba más allá de éstas y no reaccionaba ante el hecho de hallarse en una habitación desconocida. El ambiente extraño no despertaba en él miedo, aprensión, curiosidad o excitación; sólo indiferencia. Parecía no oír ni ver nada: sólo corría vuelta tras vuelta durante toda la hora en un zig-zag sin propósito. Había colocado yo algunos juguetes (¹¹) sobre la mesa y el piso; eran perfectamente visibles, pero Raúl ni siquiera los miró. Cuando sus padres trataban de hacerlo jugar agarrando un juguete y agitándolo frente a él, gritaba de rabia; hacía desesperados esfuerzos para liberar su cuerpo si lo sujetaban para fijar su atención.

Lo que más me impresionó en la primera sesión fue el darme cuenta de que ese niño que se comportaba como si fuese sordo (¹²) y mudo tenía sin embargo

¹⁰ Raúl tenía cuatro sesiones de análisis semanales.

¹¹ Elegí los siguientes juguetes para Raúl: ladrillos de dos tamaños: pequeñas figurinas de personas y animales, y cercos, mesas, árboles en miniatura que componían una granja de juguete; pequeños automóviles y aviones plásticos y barcos de madera algo más grandes y camiones con suficiente espacio para colocar en ellos los juguetes más pequeños; un par de pelotas y bolitas; hilo de atar, cajas de madera o lata de varios tamaños, lápices, tizas de color, plastilina, papel y un par de tijeras romas y sin filo. Durante las primeras semanas de análisis algunos de estos juguetes fueron colocados abiertamente sobre el piso y sobre la mesa antes de que el niño entrara en el cuarto. Más adelante se le mostró el lugar donde eran guardados sus juguetes. Además de los juguetes indicados que eran para él únicamente había varios trozos rectangulares de madera terciada en un rincón de la habitación y este material de juego, junto con un pizarrón, una colección de tazas y recipientes para jugar con agua, era compartido con los demás pacientes niños. El mobiliario del cuarto de juego consistía en una mesa, cinco sillas y un diván. En el cuarto de baño contiguo había un lavatorio y una cómoda donde se guardaban los juguetes.

¹² La posibilidad de una sordera había sido considerada anteriormente, pero el otólogo había comprobado que el oído estaba sano. Esto es significativo pues Kanner en su descripción del "Autismo infantil temprano" dice que la mayoría de los niños de este grupo patológico son admitidos por sospechas de sordera o deficiencia mental (ver pp. 178-79).

un rostro notablemente inteligente.

Me pareció poseer una personalidad interesante; la impresión que producía distaba mucho de aquella de completa estupidez que tan a menudo dan los niños deficientes-mentales. Más aún, era un niño de inusual atractivo —del tipo que obliga a darse vuelta para mirarlos— bien proporcionado, más fuerte quizá de lo corriente; caminaba con gracia y en punta de pie.

La segunda sesión de Raúl fue una repetición de la entrevista inicial. Pude observar la misma indiferencia fría, ausente. Deseando saber si el comportamiento *del niño* en la primera entrevista era típico, interrogué a los padres, quienes habían sido testigos de parte de ella. ⁽¹³⁾

Me dijeron que, por lo general, no era tan retraído en el hogar pero que el comportamiento que yo había observado era habitual cuando lo llevaban a algún lugar extraño. A partir de este hecho y de lo que yo conocía del historial del niño, empecé a interpretar. Dije al niño que tenía miedo de mí porque no me conocía y tampoco conocía mi habitación. Yo era como el alimento malo (o como el alimento nuevo): él tenía miedo de tomarlo, y lo mismo podía decirse de los juguetes que lo rodeaban. Agregué que, como sentía miedo, no quería oírme o mirarme, temiendo que yo penetrara en su interior y lo dañara. ⁽¹⁴⁾

¹³ En aquella ocasión, el niño no pareció notar que sus padres habían dejado la habitación y no observé cambio alguno en su actitud mientras estuvieron presentes.

¹⁴ No transcribiré aquí literalmente las interpretaciones dadas, porque las palabras que fueron efectivamente empleadas pierden mucho de su sentido al separarlas del contexto y ponerlas sobre el papel. Por ejemplo, la

El nacimiento del hermanito, al cumplir Raúl los dos años, aparecía en el historial como una experiencia muy traumática; de ese acontecimiento partía el desmejoramiento de su estado. Me pareció que todos los recién llegados en su vida debían transformarse en una nueva versión del bebé intruso. Por lo tanto, en la segunda sesión, también interpreté que me veía como a su hermano menor que le sacaba la “mamá buena”. Mientras interpretaba lo observaba con atención, especialmente al nombrar a su hermano, pero su rostro permaneció inexpresivo.

Su falta de respuesta fue interpretada como un rechazo activo. Varias veces durante la sesión cerró su oído izquierdo trayendo el pabellón hacia adelante y ese acto me llevó a insistir en su temor de que mis palabras pudieran penetrar en su interior.

Si bien la tercera sesión se inició ajustándose a un patrón autístico similar, se observaron pequeños cambios al promediar la hora pues, mientras caminaba entre los juguetes, el niño ocasionalmente les echó una mirada que delataba

transcripción literal de un fragmento de la interpretación dada sería la siguiente: “Raúl... Raúl... tiene miedo, sí, Raúl tiene miedo... Raúl no me conoce, no me conoce. Yo-soy-nuevo (repito esto último varias veces; arrodillándome entonces señalo los juguetes, haciendo un pequeño ruido con algunos de ellos) j-u-g-u-e-t-e-s nuevos. Cuarto nuevo, casa nueva... ¿por qué? ¿Por qué? Raúl no sabe y tiene miedo. Yo arrodillándome frente a él y señalando mi pecho) soy alimento malo en la cuchara (hago el gesto apropiado y una señal de miedo hacia una cuchara imaginaria). Todo aquí es alimento malo, quema, etc., etc.” Inútil decir que estas palabras, desunidas y “raras” al ser impresas, resultaban claras al hablar, con la ayuda del tono, gesto, pausa y énfasis. Agregaré sin embargo que a partir del segundo mes utilicé un vocabulario más amplio, pues me di cuenta de que el niño me comprendía mejor cuando mis frases se desenvolvían con más libertad; pero aún entonces, creo que las transcripciones literales resultarían difícil de seguir. Citaré sin embargo algunas interpretaciones como ejemplo. Debo mencionar que el análisis fue hecho en español y que el sonido original de las palabras empleadas permitían nexos fonéticos, por supuesto intraducibles. Por ejemplo: “chiche” en lenguaje español infantil significa juguete y suena casi lo mismo que “cheche” (leche en el mismo lenguaje). Por lo tanto la relación entre su miedo al alimento y su miedo a los juguetes se establecía más fácilmente que lo que aparenta la

curiosidad. Su actitud general era de una indiferencia tal que yo habría podido pensar equivocadamente que no se interesaba en absoluto por los juguetes. Pero mientras dejaba de lado los que se hallaban en sitios más prominentes, por ejemplo aquellos que estaban colocados sobre la mesa o en el centro del cuarto, se acercó a los que se hallaban en lugares menos aparentes. El primer juguete *que* agarró efectivamente fue un pequeño ladrillo que encontró debajo del diván, al finalizar la tercera sesión.

Su acercamiento inicial a los juguetes me recordó la descripción hecha por los padres de sus hábitos relacionados con la comida. Los juguetes eran como alimentos ‘sospechosos’ que él debía inspeccionar bajo todos sus aspectos y verificar antes de ‘probarlos’.

Mis interpretaciones durante esa hora tuvieron como centro la similitud entre los alimentos y los juguetes. Además, su comportamiento demostraba desconfianza y reticencia y traté de relacionar estos rasgos con lo que me parecía constituir la angustia persecutoria subyacente, es decir su temor a ser comido por mí.

Raúl parecía tener una tendencia básica a no traicionar sus deseos, como si fuese peligroso desear algo o dejar que las personas supiesen que él deseaba algo. Traté de formular esta noción en palabras simples, añadiendo que todas las cosas que se le daban eran sentidas como malas (a él sólo le quedaba la “mamá mala” que le introducía comida en la boca, mientras que la “mamá buena” iba al hermanito menor).

En las sesiones siguientes el niño empezó gradualmente a manejar un número mayor de juguetes. Al principio le interesaban los ladrillos y lápices; más adelante un camión y algunos pequeños automóviles. Los agarraba solamente o los hacía desplazarse. Una vez que se había decidido, no vacilaba en agarrar un juguete y no parecía temerle. Si bien tendía a jugar más libremente

al finalizar las sesiones, no siempre sucedía esto. A menudo empezaba a mover juguetes en cuanto entraba en el cuarto de juego, pero no parecía interesarse mayormente en lo que hacía y su “juego” era distraído.

Al final de la segunda semana, Raúl empezó a jugar en una forma que llegó a ser característica. Tomaba algunos ladrillos y pequeñas figuras, a veces bolitas o lápices, y los diseminaba por el suelo frente a él. Luego colocaba con mucho cuidado cada juguete en determinado punto; operación ésta que llevaba mucho tiempo. A menudo cambiaba de parecer y desplazaba el juguete de un par de pulgadas hacia la izquierda o hacia la derecha, para finalmente volverlo a colocar en la posición primitiva. Con frecuencia pasaba la hora entera efectuando esas alteraciones mínimas del ordenamiento de los juguetes. Los disponía según padrones asimétricos; parecían entonces piezas de ajedrez diseminadas sobre el tablero. Más aún, el comportamiento del niño era parecido al del jugador de ajedrez, pues disponía y movía los juguetes uno por vez, como si cada movimiento tuviera un significado y un propósito; sin embargo no surgía ningún significado. Los juguetes no parecían estar relacionados unos con otros; no existía esa interacción de regularidades básicas y variaciones significativas que permiten al observador descubrir “la regla del juego”. Pero su **actitud** mientras jugaba tenía significado, pues jugaba para él solo y se comportaba frente a la disposición de los juguetes como si éstos hubiesen sido parte de él mismo, alejándose a empujones si me acercaba demasiado al área de sus actividades de juego. Hacía esto a pesar de que rehuía el contacto *físico* y *aun* en caso de no encontrarse él mismo cerca de los juguetes en ese momento, volvía a ellos y me alejaba a empujones.

Mencioné el ajedrez. La comparación ayuda a formular las suposiciones que hice en aquel momento. Su juego me impresionó como el de un hombre solo. Él era el “jugador” que establecía las reglas y movía las figuras de acuerdo a un plan; pero no existían otros participantes; los movimientos que efectuaba no respondían a los movimientos de alguna otra persona. En consecuencia sentí

que el niño sólo podía vivenciar aquellas facetas de la realidad que se acercaban al esquema rígido de sus fantasías controladoras. Los procederes de las personas eran demasiado imprevisibles, no se adaptaban a su mundo ordenado según un padrón determinado. Su existencia, como personas, debía por lo tanto ser negada. Sólo podían ser aceptadas en sus fantasías porque sentía que allí podía controlarlas tan estrechamente como controlaba los juguetes en sus juegos —control que debía representar su tentativa de ordenar y llegar a dominar sus objetos internos. Por lo tanto, traté de interpretar los distintos ordenamientos de los juguetes que aparecían en el juego como demostración de la forma en que quería controlarme. Si yo, persona “real”, me acercaba demasiado a los juguetes ordenados, debía ser alejado, pues él temía perder su control fantaseado sobre mí.

Esas nociones eran difíciles de transmitir al niño. Le interpreté el control omnipotente de sus objetos internos y externos en estos términos: él había comido todo (es decir el pecho y el cuerpo de su madre y el pene paterno), ahora él era una “mamá gorda” que lo tenía todo. Durante varias sesiones seguí interpretando en términos similares y creo que mis esfuerzos sólo tuvieron éxito a medias. Si bien faltaban señales de una respuesta inmediata a estas interpretaciones, los acontecimientos subsiguientes sugirieron que en alguna forma habían causado efecto en él. Hasta *entonces* las angustias persecutorias de Raúl habían aparecido indirectamente, inferidas mayormente de su desconfianza negativismo y retraimiento autístico. Sugiero que el hecho de que sus temores persecutorios aparecieran más abiertamente en las semanas siguientes puede ser considerado como una indicación de que las primeras interpretaciones habían actuado.

El niño jugó plácida y de una manera general apáticamente durante la segunda, tercera y cuarta semanas de tratamiento. Su principal ocupación consistía todavía en ordenar juguetes de acuerdo a un padrón y por lo general parecía mansamente contento y me seguía obedientemente al entrar y salir del

cuarto de juego al principio y al final de cada sesión. Señales de desasosiego aparecieron sin embargo al final de la tercera semana y se hicieron ulteriormente mucho más evidentes. Se volvió exigente, gritando de rabia ante la frustración; también mostró gran curiosidad por determinados objetos que se hallaban fuera de su alcance, ya sea en cajones o detrás de alguna puerta cerrada. La cómoda lo atraía especialmente. Algunos de los cajones estaban abiertos; otros, que contenían los juguetes de los demás niños, estaban cerrados con llave y hacia éstos Raúl empezó a comportarse en una forma particular. Cuando se hallaba frente a un cajón que despertaba su interés, intentaba débilmente abrirlo y, si fracasaba, por lo general cesaba totalmente en su esfuerzo y tenía un ataque de rabia y gritos. Era extremadamente raro verlo esforzarse por abrir un cajón si antes había fracasado en un intento de hacerlo, aun tratándose de un cajón no cerrado con llave que anteriormente había podido abrir. Si por lo contrario, Raúl (o yo dado el caso) lograba abrir el cajón, invariablemente su actitud cambiaba notablemente, pues toda su ardiente curiosidad se desvanecía tan pronto como aparecía el contenido. Ni siquiera lo miraba. Muy pronto, sin embargo (cuarta sesión de la cuarta semana) se sumó a esto un rasgo interesante: luego de fracasar en su intento de abrir un cajón, el niño repetidas veces tomó mi mano —o mi brazo— y la llevó hacia el objetivo deseado. Si yo no accedía a su deseo seguía insistentemente tirando de mi mano, gritaba salvajemente y mostraba gran desesperación.

La incapacidad total de Raúl para actuar agresivamente se reveló plenamente en esta etapa. Parecía muy enojado al ser frustrado y sin embargo su gesto de agarrar mi mano era leve, contrastando extrañamente esta suavidad del gesto con su violento griterío. No intentaba en lo más mínimo golpearme o darme puntapiés; tampoco era violento con los objetos materiales. ⁽¹⁵⁾ De acuerdo a esto consideré sus débiles intentos de abrir los cajones como ejemplo

¹⁵ Raúl empezó a ser violento con los juguetes y objetos materiales en el tercer mes del tratamiento, coincidiendo esto, según veremos, con un marcado progreso de su estado.

de la inhibición profunda de sus pulsiones agresivas. Así comprendí que el acto de abrir equivalía en su mente a rajarse, quebrar y otras violencias; en otras palabras, ese acto significaba destruir el objeto que buscaba activamente. El cajón y su contenido fueron interpretados como representando a la madre y su contenido imaginado por él: penes, bebés, alimentos. Sentí que la desesperación del niño se fundaba en su total incapacidad para conseguir algo bueno de los objetos externos. Estaba condenado a fracasar, porque el objeto deseado se tornaba malo **en el acto de conseguirlo**. Tuve esa impresión de fatalidad, creo, al observar el modo repentino en que se desvanecía su gran expectativa tan pronto como el cajón quedaba abierto. Era por así decirlo, el reverso del sueño del alquimista, pues todo lo que tocaba se volvía malo. Interpreté que abrir el cajón, o tocar o agarrar un juguete, era como comerme ávidamente y destruirme. (16)

Pero esta interpretación no abarca la totalidad del terreno. El énfasis recayó sobre la persecución. Todo lo que venía de afuera, es decir de mí, era malo porque yo (representando a su madre y al mundo en general) era sentido como hostil. Por lo tanto, él no podía **recibir** (incorporar) lo bueno que yo retenía sin dárselo, sino que tenía que entrar en mí **para controlarme y tomar posesión de mí**. Solamente proyectándose dentro del objeto podía conseguir algo de éste. Podía verse esto en la forma en que el niño “tomaba posesión” de mi mano. Cuando la empujaba hacia un objetivo, trataba solamente con ella y no conmigo como persona total. No miraba mi rostro, sino mi mano solamente y la empujaba como si fuese una herramienta, un apéndice de su mano.

¹⁶ La avidez ciertamente desempeñaba un papel aquí; a este respecto un vuelco brusco se produjo en su comportamiento: en lugar de la anterior inhibición de sus deseos orales, se manifestaba una avidez excesiva.

Probablemente por ser mi mano sentida como mejor y más capaz de enfrentar las consecuencias, debía realizar el acto agresivo que su mano” no podía realizar. Le dije que él había colocado su propia mano que hería y rajaba, su “mano mala” dentro de la mía; también le dije que tomaba posesión de las personas colocando partes de sí mismo dentro de ellas. Más aún, ésta era una manera de “probar” diferentes bocados de mi cuerpo, de acuerdo al padrón de su técnica alimenticia. ⁽¹⁷⁾ Más que mera incapacidad para percibir objetos totales, consideré su actitud como un modo activo de disociar mi cuerpo con el fin de negarme como persona total, independiente de él y con voluntad propia. Un elemento de de su comportamiento, omitido hasta ahora por razones de claridad, sustentaba plenamente este punto de vista. Sucedió con frecuencia en este periodo que cuando yo liberaba activamente mi mano de su apretón, la angustia parecía dominarlo pues de repente caía fláccidamente como si en un instante todas sus fuerzas lo abandonaran. En razón de una falta generalizada de tono muscular, sus miembros tomaban posturas de muñeco cuando caía sobre el piso. Resultaba claro que el acto de rebeldía de *mi mano* era el causante de la caída de Raúl. Es decir que el objeto sentido fuera de su control se transformaba en el perseguidor que podía atacarlo y destruirlo. Interpreté que temía que mi “mano mala” se introdujera a la fuerza en él y lo destrozara. La caída con posturas de muñeco sugería que la pérdida completa del control de su cuerpo era el resultado visible de una vivencia interna de desintegración. ⁽¹⁸⁾ El temor a que

¹⁷ Más adelante evidencié varias veces esa manera de tratarme como “objeto parcial”; si quería que yo caminara, empujaba mi rodilla, o bien me hacía levantar agarrándome de la solapa. En una ocasión (llevando seis meses de análisis) desarrolló un juego en el que tres sillas y yo tomábamos parte. El juego, similar al de la colocación asimétrica de juguetes descrito más arriba, consistía en empujarme en la misma forma que empujaba ‘las sillas. Raúl rió traviesamente cuando le pregunté si yo era una silla y, a manera de respuesta, *colocó* un felpudo sobre mis rodillas, mientras debía yo agacharme.

¹⁸ Ver Melanie Klein, “Notes on Some Schizoid Mechanisms” (1946) en *Developments in Psycho-Analysis*, London, 1952, 292 (traducido en Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1948, VI-1; “Notas sobre algunos mecanismos esquizoides) y II. Rosenfeld, “Analysis of a Schizophrenic State with Depersonalization” (1947), *Int. J. Psycho-Analysis*, XXVIII, 130 y “Notes on the Psycho-Analysis of the Super-ego Conflict of an Acute Schizophrenic Patient” en *New Directions as in Psycho-Analysis*, Tavistock Publications Ltd. London, 1955.

el objeto perseguidor entrara de nuevo en él por la fuerza era sin duda acrecentado por el hecho *de* que *su* madre en cierta medida había actuado en esa forma en la realidad (ver su manera de alimentarlo, p. 457).

Herbert Rosenfeld describe cómo en el análisis de esquizofrénicos, el paciente a veces no puede diferenciarse de los demás; halla que la confusión de identidades se origina en el hecho de que el paciente siente que gran parte de su propio yo se perdió en los objetos externos, debido al uso excesivo del mecanismo de **identificación proyectiva**.⁽¹⁹⁾ Estados de pérdida de identidad ocurrieron con bastante frecuencia en el periodo de siete meses que abarca este trabajo, especialmente en la etapa que describo ahora. Por ejemplo: al final de una sesión tormentosa (cuarta semana), me senté en el piso sin que al principio el niño lo notara. Al hacerlo, su aspecto fue el de alguien que ve un fantasma. Acto seguido cayó fláccidamente sobre el piso como lo hacía ante una frustración; pero por un tiempo más largo. Finalmente se arrastró hacia mí, haciendo frenéticos esfuerzos para levantarme, agarrándome por las rodillas, los zapatos, la solapa; podía decirse, pues, que si “yo caía”, él caía también, no haciendo distinción entre lo que le sucedía a él o a mi.

LA NOCION DE UN OBJETO IDEAL

Intentaré exponer varios rasgos de la personalidad de este niño que desconcertaban, en el sentido de que no encuadraban en absoluto en el marco de total autismo y negativismo. He aquí un ejemplo. En la cuarta semana de

¹⁹ Ver “Notes on the Psycho-Analysis of the Super-ego Conflict of an Acute Schizophrenic Patient” en *New Directions in Psycho-Analysis*, Tavistock Publications Ltd. London, 1955. Ver la descripción del mecanismo de identificación proyectiva en el trabajo de Melanie Klein “Notes of Some Schizoid Mechanisms” en *Developments in Psycho-Analysis*. London, 1952 (traducido en Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1948, VI-1: “Notas sobre algunos mecanismos esquizoides”).

análisis a pesar de que apenas si me había mirado a la cara, hizo gestos imitando a alguien que se sacó los lentes; sólo más tarde me di cuenta de que la causa de ello era que yo tenía un par de lentes nuevos (tan parecido por otra parte al par viejo que Raúl fue entre todos mis pacientes el único que notara el cambio). Además, este niño que hasta entonces no se había atrevido a más que mover algún juguete, un día, al finalizar el primer mes de tratamiento, repentina e inesperadamente empezó a construir una torre bien alta, de ladrillos, con mucho mayor destreza de la que se observa por lo común en niños normales de su edad. Pero estas hazañas de destreza o ingenio sólo eran destellos en la oscuridad; se desvanecían como habían aparecido y eran reemplazados una vez más por el comportamiento autístico. Luego de observar estos breves cambios gradualmente llegué a sentir que había aún mucho más camino que recorrer en las capas más profundas de su mente de lo que yo estaba preparado para creer.

Desearía aquí exponer aquellos elementos del comportamiento o aspecto general de Raúl que no cuadraban dentro del marco autístico. Ya mencioné, en relación con la primera entrevista, la expresión inteligente de este niño así como su gracia. El ejemplo citado más arriba ilustra su destreza manual poco común y su sentido del equilibrio. También poseía un conocimiento mecánico intuitivo, ⁽²⁰⁾ pero, en esta etapa de su análisis, no era particularmente afecto a objetos mecánicos. Además, su sentido de la orientación era superior a lo que se hubiese esperado de él. También parecía tener buena memoria y sabía, a los pocos días, dónde encontrar un objeto que sólo había visto una o dos veces. A esto agregaré que sus padres habían observado una precoz disposición para la música (a los seis meses de edad). El padre, quien tenía oído musical, había notado que los primeros laleos del niño pronto se parecían a una canción. Ciertos tipos de música producían en Raúl un efecto tranquilizador instantáneo y dejaba de gritar

²⁰ Cuando interrogué a su padre respecto a esa habilidad, éste me contó que poco antes (creía que después de iniciar el análisis) Raúl había desmontado la máquina de picar carne, operación bastante difícil que implicaba destornillar y desconectar varias piezas mecánicas. Pocos meses después, también fue capaz de juntar nuevamente las piezas. Agregaré que *tours de force* parecidos habían sido ejecutados *antes* de empezar el tratamiento

en medio de un ataque de rabia para escuchar con atención determinada pieza, aun antes de tener un año de edad. ⁽²¹⁾

Expondré ahora un material (segunda sesión, cuarta semana) que me permitió un más profundo insight de lo que podría llamarse el aspecto “dotado” de la personalidad de este niño. En la hora que precedió a la aquí descrita, Raúl había estado disponiendo los juguetes en la forma indicada en las páginas 461 y 462, pero pronto renunció al juego y tuvo un ataque de rabia cuya causa me escapó.

En la sesión siguiente jugó en la misma forma, pero esta vez el juego tenía mayor significado. Al principio de la hora, colocó de plano sobre el piso un trozo rectangular delgado de madera terciada (5 x 7 pulg.), componente de un juego, y lo rodeó de cercos de juguete, no dejando brechas entre estos últimos. En el recinto así formado colocó ladrillos y pequeños juguetes (figuras humanas, animalitos, bolitas, etc.), con cuidado al principio, luego apilándolos simplemente. Si caía un cerco cuando estaba formando una pila, lo enderezaba de inmediato. Una vez que el espacio cerrado estuvo lleno hasta arriba de juguetes procedió a colocar sobre el piso otros trozos rectangulares de madera, primero alrededor del trozo cercado, luego más lejos, dejándolos separados como si se tratara de dominós. Todos estos trozos, doce aproximadamente, fueron dejadas sin cercar. Sobre ellos el niño colocó juguetes extras distribuyéndolos en tal forma que sólo unos pocos quedaban cerca de la parte cerrada, o recinto, y ninguno de ellos era colocado sobre los trozos más alejados.

Creo que el principal conflicto de Raúl —su aislamiento del mundo exterior— se hallaba representado vívidamente en la forma en que eran

²¹ Cada vez que escuchaba la voz de Bing Crosby, Raúl caía en un estado de concentración dichosa; pero, cosa bastante curiosa, era insensible a la voz de otros crooners americanos.

distribuidos los juguetes. Porque la pila de juguetes estaba confinada en un espacio cerrado (Raúl había cuidado especialmente de que fuese cerrado) y carecía de toda comunicación con los trozos que se hallaban fuera del recinto. Esta disposición parecía el diagrama de su autismo, e ilustraba la forma en que se habla retraído de la realidad exterior dentro de su cáscara.

Empecé a interpretar mientras proseguía el juego y, en este caso también, entendí el material en términos orales principalmente. Hablé de que había tragado todo lo que era bueno (el pecho bueno, el pene bueno, etc.) ⁽²²⁾ y que nada, o nada que no fuera malo, existía en el mundo exterior.

La noción de soledad apareció en mis interpretaciones al preguntarme a mí mismo el motivo por el cual el niño había traído ese juego en el material analítico; le dije que él tenía frío y se sentía solo sin “mamá” y sin “papá” fuera de él y que me pedía ayuda.

Sentí que Raúl escuchaba mis interpretaciones. Su rostro expresaba cierta atención, y esto era nuevo para mí.

Más adelante, cuando hubo terminado de disponer los juguetes, empecé a comprender el juego (y en parte a interpretarlo) como exteriorización asimismo de una situación interna donde la parte “cercada” representaba una fuente de bondad o gratificación disociada de la otra parte de su persona e inaccesible para ella. En otras palabras, pensé que algo similar a la barrera autística que lo mantenía apartado del mundo exterior, existía asimismo entre las diferentes partes de su mundo interior.

²² Quiriendo transmitirle la impresión que su comportamiento autístico producía en mí, también me referí aquí a que él había tragado al “Raúl bueno”, hallándose la parte buena de su persona, por decirlo así, dentro de los límites de su yo. Para transmitirle la noción de algo exterior a él, señalé el recinto diciendo: “Raúl”; señalé luego los demás trozos de madera diciendo: “No, Raúl, fuera de Raúl”. Claro está que en este como en los demás casos utilicé ampliamente los distintos ordenamientos de los juguetes para hacer comprensible mis interpretaciones.

Al consultar mis notas veo que no registré el momento en que tuve plena conciencia de la importancia de un objeto ideal “inasimilado”, que podía dar razón de varios aspectos del estado del niño, como ser la existencia de la parte disociada “dotada” de su personalidad; eso sí, tomé conciencia de ello, en carácter de suposición, en el período del “juego del recinto” y adquirió mayor significado dos semanas más tarde cuando el niño empezó a alucinar. Supuse (e interpreté en su mayor parte en las sesiones siguientes) que mantenía el objeto ideal separado de la parte restante de su persona, por temor a los objetos perseguidores internos y externos y a las partes destructivas de su yo. Además, debido a la intensidad de la angustia persecutoria y a la excesiva disociación del yo, el objeto debía ser protegido de un peligro constante agrupando a su alrededor todas las fuerzas que lograra reunir el debilitado yo. La intensidad del temor explicaba la incapacidad del niño para beneficiarse de la fuente interna de gratificación. En otras palabras, el objeto ideal no podía ser **asimilado**. Melanie Klein y Paula Heimann describen este proceso. ⁽²³⁾

La incapacidad para asimilar lo cercado proviene, según lo mostró Melanie Klein, a la vez de la idealización excesiva necesaria para contrarrestar la intensidad de la angustia persecutoria y de una duda básica acerca de la bondad del propio objeto ideal. El modo como Raúl apilaba juguetes apresuradamente en el recinto sugería desconfianza acerca de la naturaleza última del objeto ideal, —no se atrevía a mirarlo de cerca.

²³ Ver el trabajo de Paula Heimann “A Contribution to the Problem of Sublimation and its Relation to the Processes of internalization” (1942), *It. J. Psycho-Analysis*. tomo XXIII - 1 (traducido en Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1951, VIII -4: “Una contribución al problema de la sublimación y su relación con los procesos de internalización”. N. del T.). En este trabajo el concepto de “asimilación” es introducido en relación con la sublimación exitosa, mientras que el objeto no asimilado (ya sea éste perseguidor o idealizado) es el que hace pesar sobre el sujeto exigencias continuas y transforma su trabajo (la sublimación) en una esclavitud bajo un amo interno. Melanie Klein en “Notes on Some Schizoid Mechanisms”, *Developments in Psycho-Analysis* (1952), p. 302, (Rey, de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1948, VI -1) aplica este concepto al tratar

EXPERIENCIAS ALUCINATORIAS

Al finalizar el primer mes de análisis el niño jugaba, en conjunto, con más animación. En términos generales, se alternaban varias actitudes durante las sesiones. El retraimiento autístico predominaba aún en el niño, pero crisis de comportamiento desasosegado o exigente sacudían a menudo su apatía. Ahora acostumbraba a mirarme (sólo ojeadas al pasar) en casi cada sesión, y en varias oportunidades sonrió abiertamente, si bien no pude relacionar su sonrisa con nada en particular. También varias maneras de jugar estaban presentes simultáneamente. En la misma forma monótona, seguía ordenando los pequeños juguetes como si fueran piezas de ajedrez. Pero muy a menudo los empleaba en una forma que podría describirse como curiosamente funcional, es decir dando a cada objeto su uso correcto: el martillo servía para clavar, un automóvil para desplazarse, un cerco para cercar, etc.... La imaginación parecía estar excluida y los juguetes no eran utilizados como símbolos de alguna otra cosa. Determinados rasgos de este juego sin imaginación pronto predominaron sin embargo, agregándole interés. El juego tuvo más y más que ver con abrir y cerrar cosas, hacer deslizarse un objeto sobre otro o poner objetos en un recipiente y volver a sacarlos. El factor común de estas actividades se hallaba en un más sostenido interés del niño por lo que estaba haciendo, así como por los objetos mismos.

En ese período Raúl ideó el juego siguiente. Al verlo interesado en cosas que abrían y cerraban, yo había incluido entre sus juguetes un pequeño portón de plomo. No jugó con él durante las dos primeras sesiones. Durante la tercera sin embargo primero abrió y cerró la puerta del cuarto de juego y luego examinó detenidamente el portón. Luego hizo que un animal de juguete pasara por él repetidas veces, abriendo y cerrando el portón en cada oportunidad. Finalmente

de los disturbios tempranos del desarrollo del yo ocasionados por lo que ella llama “la huida hacia el objeto interno idealizado”, debido a la intensidad de la angustia persecutoria.

trató de hacer pasar por el portón un trozo de papel arrugado, gritando ansiosamente cuando la pelota de papel se detuvo y no pasó por el portón. Luego de este incidente el *niño* interrumpió ese *juego*, transcurriendo *varios meses antes* de que volviera al pequeño portón. Tenté varias interpretaciones de este juego. Hablé de mis palabras (las palabras de “el Amigo”) (²⁴) y de mi cuerpo penetrando *en* él como una gran masa de excrementos que lo hería; también como el alimento que *su* madre quería introducirle en la boca. Dije además que sospechaba de mí por haberle traído un juguete nuevo (no lo tocó durante dos sesiones) y que él sentía que yo quería abrirlo (usé el portón para demostrárselo) para sacarle sus cosas “buenas” y poner en él mi alimento malo, mi suciedad y excrementos. Sentí que el niño trataba de hacer una distinción más clara entre lo que se hallaba fuera y lo que se hallaba dentro de él. Dije, colocando el portón cerca de él: “Raúl tiene una boca, una boca entre Raúl y Amigo y Raúl no sabe si éste es el alimento bueno de Amigo (enseñándole el animalito que había pasado *sin dificultad* por el portón) o el alimento malo del Amigo (enseñándole la pelota de papel) que hierre y explota”. Fue significativo que el niño, si bien había interrumpido el juego, lleno de ansiedad, no *empezó* a hacer alguna otra cosa y miró los objetos que yo había utilizado en apoyo de mis interpretaciones.

Este material cobra mayor importancia si recordamos que precedió inmediatamente las alucinaciones. En verdad se puede decir que introdujo los fenómenos siguientes, que fueron observados algunas sesiones más tarde, en la sexta semana de análisis aproximadamente.

Es probable que el niño hubiera alucinado durante un par de sesiones sin que yo lo notara. Observé luego que las sesiones se desarrollaron según un padrón

²⁴ En esa época los padres de Raúl hablaban de “el Amigo” al referirse a mí ante el niño en la casa.

mantenido durante algunos días en los que su comportamiento alternó entre estados de concentración (en el sentido que Marion Milner define en su trabajo ⁽²⁵⁾) y estados de retraimiento o desasosiego, siendo abrupto el cambio de uno a otro. Su nueva actitud demostraba expectativa y ansia. A veces, aunque no a menudo, parecía hallarse en un estado de arrobamiento. Su concentración ansiosa recordaba la de una persona que se detiene de pronto en medio de un acto trivial al oír un sonido significativo; poseía la misma nota de suspenso, de movimiento detenido. A la verdad, me di cuenta de que estaba atento a algo que venía en dirección del techo; su manera de mirar hacia arriba con suma atención no dejaba lugar a dudas. Parecía estar viendo también cosas proyectadas sobre el techo, pues seguía con la mirada la órbita invisible de un objeto. Me impresionó como muy significativo que esas alucinaciones arrobadas y ansiosas tuvieran lugar, por lo general, durante mis interpretaciones y que la duración de esos fenómenos fuera aproximadamente la de las mismas. Mi voz parecía pues contribuir a condicionar la respuesta alucinatoria. ⁽²⁶⁾

El resultado inmediato de este fenómeno fue reducir la distancia entre nosotros. Sentí que las “visiones” eran un puente que permitía una mayor facilidad de comunicación. Probaron que me había escuchado con atención. Juzgando por su expresión cuando alucinaba, habíame vuelto yo un objeto muy

²⁵ Ver “Aspects of Symbolism in Comprehension of the Not Self”. (Trabajo publicado en una forma algo más breve en *New Directions in Psycho-Analysis*, Tavistock Publications Ltd. London, 1955 bajo el título: “The Role of Illusion in Symbol Formation”. N. del T.).

²⁶ El niño alucinó primeramente durante las sesiones y sólo varios días después fue esto observado en la casa. Nunca había alucinado anteriormente y su madre estaba muy alarmada al contarme que su hijo había tenido “visiones”. (No la había yo informado de la aparición de este fenómeno en las sesiones).

importante para él. Sus alucinaciones podían pues ser consideradas como señal de considerable progreso, al proporcionarle, como lo hacían, mayores medios de contacto con un objeto externo; las “visiones” contribuían pues a activar la introyección y proyección.

Las “visiones” de Raúl pueden compararse a las alucinaciones optativas del lactante. Melanie Klein (²⁷) mostró que en dicho estado el niño posee totalmente un pecho inagotable ideal — vivencia psíquica de arrobamiento basada en la evocación omnipotente de un pecho idealizado y la negación omnipotente (anihilamiento) de un pecho persecuidor. Pienso que esto era igualmente cierto en el caso de Raúl; la “visión” representa ha la proyección del objeto interno idealizado. Creo que su **habilidad** para alucinar era el resultado del trabajo analítico realizado hasta entonces, pues ese estado implicaba que la disminución de la angustia persecutoria permitía al niño un mayor contacto con el objeto idealizado, mantenido hasta entonces “cercado” en el yo (ver el juego del cerco, pp. 467 y 468). Al sentirse menos temeroso, podía ahora revelarme la posesión de ese objeto ideal. A este respecto *el juego* de unos días antes con la pelota de papel que se había detenido ante el portón de juguete podía ser relacionado con la proyección de ese objeto idealizado, ilustrando la ansiedad del niño sobre si debía mantenerlo dentro de sí o si podía exteriorizarlo. Pero, tal como dije anteriormente, la “visión” me ayudó a establecer una relación más estrecha con el niño, y esto sugiero que estaba evocando no solamente el pecho ideal sino también una parte de su propio yo. Dicha parte era alucinada fuera de él, reuniéndose a medio camino con el objeto externo. Parecería que lo proyectado (un objeto y una parte de su yo) era sentido como bueno; la alucinación era en última instancia un compromiso entre la tendencia a la libidinización del mundo y el temor a hacerlo. De ahí que lo exteriorizado estuviera por así decirlo detenido a medio camino entre si mismo y el objeto externo. Al interpretar

²⁷ Ver “Some Theoretical Conclusions Regarding the Emotional Life of the Infant” y “Notes on Some Schizoid Mechanisms” (1946) en *Developments in Psycho-Analysis* (London, 1952). (Traducidos respectivamente en Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 1958, II - 3 y Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1948, VI -1. N. del T.).

recalqué estos dos aspectos: su deseo de colocar en mí el pecho bueno y el Raúl bueno, y su temor de que yo le quitara esas cosas buenas y las dañara.

Estas visiones, ansiosas o felices, fueron por un tiempo muy corto el único tipo de alucinaciones observable. Aparecieron alucinaciones terribles algunas sesiones después y ambos fenómenos alternaron durante más de un mes; las alucinaciones felices se hicieron cada vez menos frecuentes hasta desaparecer casi por completo. La aparición de las alucinaciones terribles confirmaba las observaciones de Melanie Klein referentes a las alucinaciones optativas: éstas no pueden mantenerse por mucho tiempo porque se basan en la negación omnipotente del objeto perseguidor disociado y de la angustia persecutoria. Las alucinaciones terribles de Raúl, en su punto máximo, eran conmovedoras, pues a través de ellas se volvían evidentes el carácter agudo de las angustias persecutorias y la intensidad del sufrimiento del niño. Sus alucinaciones terribles generalmente seguían un padrón determinado, diferenciándose mayormente en intensidad y frecuencia. Empezaban con un ataque de rabia, con o sin causa discernible. Luego fijaba el techo con una mirada que expresaba temor. La habitación pronto parecía llenarse de perseguidores, a juzgar por la manera en que Raúl se volvía bruscamente mirando hacia los rincones (a veces giraba literalmente como un trompo, gritando). Parecía estar rodeado de enemigos. Seguía un estado de pánico y Raúl se lanzaba a través de la habitación en tal forma que casi podía “verse” el círculo de sus perseguidores cerrándose en torno suyo. Cuando el pánico llegaba a su máximo daba un grito ahogado y caía sobre el piso. Era el mismo colapso ya descrito en el episodio de “mi mano” (pág. 465) en que Raúl caía con posturas de muñeco. En este caso también podía “verse” que la caída se debía a la vívida fantasía del niño de que los perseguidores irrumpían en su camino. ⁽²⁸⁾

²⁸ Como en el caso mencionado por la Dra. Lois Munro en “Steps in Ego-Integration observed in a Play-Analysis”, *New Directions la PsychoAnalysis*, Tavistock Publications Ltd., London, 1955, es probable que este colapso total representara a la vez la “muerte” del niño a manos de sus perseguidores y la huía frente a éstos.

Dije más arriba que estas vivencias eran conmovedoras de presenciar; creo que me impresionaron como tales debido sobre todo a la total indefensión del niño. Raúl temblaba de miedo pero no intentaba defenderse, ni siquiera alzando el brazo para proteger sus ojos. De hecho, parecía estar totalmente a merced de sus perseguidores alucinados. Una escena como la que describí duraba apenas unos pocos minutos y a veces llegaba a tener hasta cinco o más colapsos de ese tipo en una sesión. Ocasionalmente golpeaba la cabeza contra la pared antes de caer.

Aunque este nuevo síntoma pudiera aparecer todo menos tranquilizador, de hecho sentía yo que constituía una señal de considerable progreso. Las alucinaciones mostraban en efecto que ahora era capaz de **vivenciar** una persecución aguda y le proporcionaban los medios para ello; sentía yo que su terror frente a los objetos perseguidores, hasta entonces fuertemente negado, podía llegar a luz en razón de una disminución de la angustia y una mayor integración del yo. En otras palabras, le era ahora posible tomar conciencia de su propia realidad psíquica aterradora porque estaba menos desintegrado.

Creo que el niño no había alucinado anteriormente porque su yo carecía de la suficiente coherencia para esa vivencia. Debido a la excesiva disociación, su yo en efecto establecía escasa diferencia entre los acontecimientos internos y externos y sus impulsos eran demasiado difusos para permitirle evocar claramente las alucinaciones y mantenerlas por un tiempo. También podría decirse que recién al llegar a esa etapa se le pudo observar alucinando, porque había dejado de alucinar constantemente. Con esto quiero decir que la negación total de la realidad externa manifestada en su autismo podría considerarse como una **alucinación negativa continua**.

Con respecto al **contenido** de las alucinaciones terribles, creo que éstas

representaban **además** un objeto y una parte del yo de Raúl: en este caso, el pecho perseguidor o la madre perseguidora, y la parte agresiva de su propia persona. La relación entre esas “visiones” y yo mismo podía percibir claramente cuando Raúl alucinaba como resultado de frustraciones infligidas por mí; era obvio que alucinaba entonces a un perseguidor a fin de no verme a mí como tal. De ahí que yo interpretara a menudo la “visión” como mi doble disociado que el niño “rehabilitaba” para que yo siguiera siendo bueno — bueno pero ineficiente. Al verse rodeado por sus perseguidores, no me llamaba ni solicitaba mi ayuda; yo sólo era testigo del drama. Mi ineficiencia me hacía recordar el objeto “cercado”, ideal pero estéril, descrito anteriormente (pp. 469 y 470). Esto es significativo, porque las alucinaciones se hicieron menos aterradoras cuando se volvió hacia mí en busca de protección.

Esta protección consistía en utilizar mi cuerpo a manera de escudo o parapeto que lo escondiera de sus perseguidores. Era muy típico de esa fase el que viera perseguidores en todas partes y sintiera pánico, tal como describo más arriba (pág. 474) pero entonces, en el momento crítico, en lugar de caer, corría hacia mí y se acurrucaba contra mi cuerpo. Ahí parecía sentirse seguro. De vez en cuando echaba una mirada en dirección del peligro. (²⁹)

Observé también que las “visiones” tendían a volverse más y más localizadas, por lo general en un rincón del techo de la habitación, y esto parecía ser el resultado de su capacidad para utilizarme como escudo. Pero cuando la angustia era demasiado fuerte ya no buscaba mi protección y sus alucinaciones

²⁹ La primera vez que el niño utilizó mi cuerpo para protegerse tiene interés en sí. En esa sesión hablase mostrado más tranquilo que de costumbre. De pronto agarró mi reloj pulsera. Se lo di y lo inspeccionó cuidadosamente; luego —y esto era asaz sorprendente— colocó el dial junto a su ojo, a manera de monóculo, como queriendo escuchar el tic-tac con el ojo. Mantuvo el reloj por un tiempo en esa posición antes de llevarlo al oído. No sabía yo qué pensar de ese “error” que dicho sea de paso constituye un buen ejemplo de lo imprevisible que puede ser un niño autista. Era obvio que el niño debía saber que veía y no oía con sus ojos y por lo tanto me inclino a considerar este incidente como una variante de su técnica del probar; debía probarme con su ojo para ver si yo (representado por una cosa que yo poseía) era peligroso o si podía confiar en mí. Incidentalmente, se agregaron a ésta otras indicaciones de que Raúl consideraba sus ojos más protegidos que sus oídos, debido quizá al hecho de que los primeros pueden cerrarse mientras que los últimos están siempre expuestos a los estímulos externos (ver la manera en que cerraba los oídos trayendo el pabellón hacia adelante).

volvíanse de nuevo difusas y aterradoras.

El hecho de que me utilizara como protector indicaba que yo había llegado a ser un objeto más seguro, o más fuerte. Su manera de utilizarme —acurrucándose como contra un escudo— sugería que buscaba protección dentro de mi cuerpo. También me referiré aquí a la inversión de roles ocurrida con respecto al “juego del cerco” (p. 467): había entonces supuesto que el niño protegía su objeto ideal con un escudo o barrera (los cercos alrededor de las pilas de juguetes): aquí yo —el objeto— lo protegía por un artificio similar. Esto constituía un progreso, puesto que todo ello sugiere que era mucho más fácil para este niño proteger que ser protegido. Transcurrió más de un mes antes de que sus alucinaciones se hicieran menos aterradoras.

EL JUEGO CON AGUA

Raúl empezó a jugar con agua un par de sesiones después de haber utilizado mi cuerpo como escudo. Su actitud, cautelosa al principio, pronto se hizo libre y desenvuelta. Sin embargo, pasaron siete sesiones dedicadas exclusivamente al juego con agua antes de que se decidiera a probarla. Durante esas sesiones gozaba en llenar el lavatorio hasta el borde y luego sumergir los brazos hasta la axila, removiendo el agua con tal turbulencia que por lo general se empapaba. Otras veces hundía muy suavemente sus brazos desnudos en el lavatorio y parecía gustar del contacto del agua fría. En esas ocasiones lo oí reír por primera vez. ⁽³⁰⁾ El niño no daba señal de hallarse angustiado cuando se empapaba o inundaba el cuarto.

³⁰ Esta también fue la primera ocasión en que manifestó una sensación corporal. En una oportunidad, cuando hubo empapado sus ropas, hizo un gesto para que yo le sacara el overall que llevaba puesto. Hubieron otras indicaciones en este periodo que me hicieron “sentir” que él sentía su cuerpo.

Describiré aquí dos sesiones: una en que bebió, y la siguiente, donde la angustia depresiva apareció como rasgo principal.

En la primera su goce del agua fue más vivo que nunca. Llenó repetidamente un vaso y derramó agua por todo el cuarto de baño: debajo del lavatorio, sobre las canillas, y especialmente en latas y otros recipientes. Continuó haciendo esto por un rato y luego bebió del vaso. Esto me sorprendió, porque nada había indicado que iba a hacerlo. Algunos momentos después tomó otro sorbo. Pero antes de finalizar la hora había hallado un modo de beber más excitante; consistía éste en chupar y lamer el borde del lavatorio todo alrededor mientras dejaba desbordar el agua. Al hacerlo le brillaban los ojos y su cuerpo se estremecía de goce.

Cuando hubo terminado la sesión, la madre entró en el cuarto de juego para cambiar las ropas mojadas del niño. Este la recibió con una sonrisa radiante y, mientras era secado con una toalla y empolvado, parecía totalmente feliz. La actitud de la madre fue una sorpresa para mí, pues en esa ocasión manifestó una comprensión tierna y sensitiva de las necesidades de su hijo.

Esa feliz relación madre-hijo parecía ser la consumación de la vivencia importante y bien redondeada que Raúl había tenido ese día; me recordó la observación del Dr. Winicott acerca de la importancia de una vivencia total para el desarrollo emocional del niño. ⁽³¹⁾

Trataré aquí solamente uno de los aspectos de este material sobredeterminado: el que concierne la relación dichosa del niño con el pecho. Había sido capaz de ser alimentado por éste y gozar del alimento totalmente. Su manera de jugar en el lavatorio, de hundir suavemente sus brazos en el agua, parecían indicar una fusión, un sentimiento de unidad con el pecho ideal, siendo

³¹ *The Ordinary Devoted Mother and her Baby*, Nine Broadcast Talks, 1949.

esta vivencia opuesta a la que había tenido previamente con el objeto ideal “cercado”, estéril.

Creo que desempeñé dos papeles en la transferencia: por una parte era yo el pecho generoso o la madre que daba ese pecho; por la otra, el hermanito de Raúl o su padre con quien no podía compartir el pecho. Con respecto a este último papel era bien significativo que el niño me sintiera primeramente como protector, o escudo, y que sólo más adelante fuera capaz de sentir que yo podía alimentarlo —por medio del lavatorio— que representaba obviamente el pecho. El hecho de que yo fuera mayormente un objeto protector y generoso indicaba que existía una distinción más clara en su mundo interno entre el objeto bueno y el objeto malo, y que el primero no se hallaba de manera tan constante en peligro de ser arrollado por el último (ver el “juego del cerco”, página 467).

Pero pienso que asimismo yo representaba al hermano de Raúl, porque jugar en el lavatorio era como mostrarme el pecho, y, creo, también compartirlo. Agregaré aquí que mientras interpretaba me acerqué al lavatorio un par de veces para imitar lo que estaba haciendo Raúl, y que mi intrusión no lo molestó. El hecho de que el lavatorio fuese un pecho desbordante debió ser significativo, porque entonces se volvía inagotable y podía sentir que su avidez no lo vaciaría y que tampoco estaba en peligro de verse privado de él si lo compartía con su hermano. Melanie Klein (³²) recalcó repetidas veces que la idealización es utilizada por el niño para defenderse contra la angustia persecutoria y para negar el daño infligido al objeto. El resultado de este material confirma su punto de vista, como veremos ahora.

Raúl siguió jugando con agua durante la sesión siguiente. Jugó como el día anterior y aún chupé el borde del lavatorio, pero la **manera** de jugar era totalmente distinta: estaba preocupado y tenso y no se divertía con la misma

³² Ver “Some Theoretical Conclusions Regarding the Emotional Life of the Infant” en *Developments in Psycho-Analysis* (London, 1952). (Traducido en Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 11-3, 1958. N. del T.).

libertad. Al principio de la sesión *había* sacado una pantalla de un armario próximo (³³), colocándola sobre la mesa del cuarto de baño antes de comenzar a jugar con agua. Se preocupaba visiblemente por la seguridad de la pantalla; la miraba a menudo mientras jugaba y finalmente interrumpió el juego al ver que estaba salpicada de agua. Su reacción fue de angustia, y, de inmediato, empezó a alucinar. Esta vez la alucinación tuvo por centro la lamparilla eléctrica que se hallaba encima del lavatorio. A pesar de que el niño tenía mucho miedo de esa lamparilla, no escapé enseguida, sino que cruzó el cuarto de baño y “rescató” la pantalla antes de salir corriendo. Por el resto de la sesión guardó la pantalla *junto* a sí y no volvió al baño.

El progreso evidenciado en esta sesión consistía en el interés de Raúl por un objeto. Amaba y cuidaba a la pantalla, y se preocupaba por ella. Vivenció culpa y aflicción al verla mojada. Estos rasgos mostraban un movimiento hacia la depresión que nunca se había manifestado hasta entonces. El hecho de que se arriesgara para salvar la pantalla era especialmente significativo; indicaba una nueva capacidad para defender lo que amaba. Se notará también que las actitudes y actos de Raúl tenían un significado más claro en esta sesión. El hilo de sus emociones corría ininterrumpidamente desde un estado en que cuidaba de un objeto y se preocupaba por éste, a otro en que la culpa y angustia se combinaban a la decisión de defenderlo. Sus actos formaban una trama coherente; pienso que la razón de esto debe hallarse en su mayor capacidad para tolerar la culpa y vivenciar sentimientos depresivos.

Al mojarse la pantalla, el niño no pudo hacer frente a la angustia de haber dañado el objeto amado sin disociarlo. La lamparilla eléctrica se transformó entonces en el objeto aterrador, es decir el objeto destruido. Pero una lamparilla eléctrica y una pantalla van naturalmente juntas, de modo pues que el hecho de que lo eligiera para el objeto bueno y el objeto malo sugiere una disminución

³³ Este armario, que contenía trozos de madera, se encontraba frente a la puerta del cuarto de juego y el niño lo había abierto en otras ocasiones. Le di la pantalla y otros objetos contenidos en este armario porque, en ese período, prefería jugar con objetos de la casa más bien que con juguetes.

de los mecanismos disociativos.

Finalmente, la pantalla era el primer símbolo claro que aparecía; el primero de una serie que habría de seguir. Era éste el primer objeto con el que el niño creó un vínculo emocional estable. Era un claro símbolo del pecho y lo interpreté como el resultado de la vivencia total del día anterior — el chupar el borde del lavatorio en particular. El lavatorio y la pantalla representaban el pecho, pero el primero se hallaba demasiado próximo al pecho para poder funcionar como símbolo. ⁽³⁴⁾

MANIFESTACIONES AGRESIVAS Y MAYOR CONTACTO CON LA REALIDAD

Hasta entonces (tercer mes) Raúl interrumpía el juego obedientemente y dejaba el cuarto al finalizar las sesiones. Nunca me miraba cuando le decía adiós. Tampoco deseaba llevarse un juguete a su casa. Sin embargo, al finalizar la sesión que acabo de describir, su actitud fue diferente pues quiso llevarse la pantalla. Por lo tanto deseaba poseer el objeto amado. Le dije que quería llevarme consigo y guardarme dentro de sí. También le dije que sentía que su cuerpo era seguro y que deseaba guardar el objeto amado para él solo.

Su actitud en ese momento contrastaba con el desprendimiento total que había mostrado anteriormente al finalizar las sesiones. Llevarse la pantalla equivalía a guardarme en su interior en lugar de negar drásticamente al separarnos, mi existencia y su amor por mí. Más adelante, al volver a pensar en esto, me di cuenta de que el demostrar deseo de posesión también significaba una disminución de la omnipotencia: debemos sentir que existen cosas no

³⁴ La pantalla no era, en sí, un sustituto del pecho; poseía esa cualidad esencial del símbolo, por la que la “connotación permanece con el símbolo cuando el objeto de su denotación no está presente ni es buscado...” Susanne K. Langer, *Philosophy in a New Key*, Cambridge, 1942, y Londres, 1951, p. 52.

poseídas que necesitamos, antes de llegar a formar el deseo de posesión.

Decidí no permitir a Raúl llevarse la pantalla a su casa; un ataque de rabia siguió a la frustración. Alzando la voz de modo que me oyera traté de manejar su rabia así como la frustración que la causaba. Se le sacaba el pecho bueno. Pero la pantalla no sólo representaba el pecho ideal; era el símbolo de las vivencias felices recientes del lavatorio. Pienso que también representaba una parte de sí mismo. Quitábale por lo tanto esa vivencia de unión feliz con el pecho. No interpreté este último punto porque la conmoción era entonces demasiado fuerte para que él me oyera y yo pensara con claridad. No obstante volví repetidamente sobre esto en los días subsiguientes.

Cuando el estado de angustia de Raúl dio muestras de ceder, lo llevé al lugar donde habría de guardarse la pantalla y se lo mostré. Esto lo tranquilizó, si bien estaba inquieto aún cuando la madre lo llevó consigo. Creo que mi decisión fue acertada. Me dolía la desesperación del niño y tenía dudas sobre mi actitud. Pero había actuado de acuerdo a mi anterior experiencia con Raúl, la que me había enseñado a ser tan consecuente como fuese posible con respecto a lo que podía o no hacer. ⁽³⁵⁾ Lo que sucedió posteriormente en el análisis -de Raúl parece respaldar mi opinión: una abierta agresividad vino a colocarse en primer plano

Al día siguiente se mostró retraído. Fue a buscar la pantalla, pero pronto la dejó en un rincón. Se puso entonces inquieto y tuvo un ataque de rabia que duró casi toda la hora. Esta sesión fue la primera de un período tormentoso que duró

³⁵ Creo que M. Mahler tiene una opinión distinta sobre este punto. Exponiendo “la psicosis autista infantil” en su trabajo “On Child Psychosis and Schizophrenia” (*The Psycho-Analytic Study of the Child* (Vol. VII, 1.952, p. 286) presenta un historial (Lotta, de tres años y cuatro meses) y dice explícitamente: “Durante la terapia, utilizando *todos los recursos concebibles*, fue lentamente llevada a la percepción sensorial del mundo exterior ..” p. 290 (la bastardilla es mía). Más adelante específica esta afirmación. Respecto al niño autista en general escribe: “De ahí que daba ser atraído fuera de su cáscara autística por medio de toda suerte de recursos tales como la música, las actividades rítmicas y los estímulos agradables de los órganos de los sentidos” p. 302. Pero creo que las interpretaciones de los procesos inconscientes que subyacen el autismo hacen innecesarios esos otros recursos. Según Melanie Klein perturban el análisis y dificultan las interpretaciones.

unas dos semanas. Durante ese tiempo Raúl tuvo varias alucinaciones terribles y por varios días no sintió mi cuerpo como un escudo seguro. Parecía que un retroceso se hubiera producido, a no ser por un hecho: el niño se tomó más abiertamente agresivo. Cuando su rabia llegaba al máximo, tiraba violentamente los objetos que lo rodeaban o les daba puntapiés. El acto agresivo ocurría generalmente en el momento en que, durante las alucinaciones de persecución anteriores, había caído al suelo; el acto agresivo parecía realmente ser el sustituto del colapso corporal. De ser así, Raúl podía ahora exteriorizar y por lo tanto representar dramáticamente la situación destructiva de angustia que anteriormente ocurría dentro de él. Además, en general mostraba una mayor capacidad para resistir a sus perseguidores. Ahora los amenazaba o aún los “exorcizaba”, pues apretaba los dientes, fruncía el ceño y hacía toda suerte de muecas “terribles” ante las apariciones fantasmales. En una ocasión abrió la ventana, hizo un gesto de mando con los brazos ordenando a los perseguidores dejar la habitación, y luego cerró la ventana, muy contento de sí mismo. No se mostró ya perturbado durante esa sesión.

La inquietud del niño fue quizá más fuerte durante las primeras cinco sesiones que siguieron al incidente de la pantalla. Cerca del final de la quinta sesión surgió un cambio interesante y repentino en su manera de ser: Había desordenado las sillas del cuarto de juego al principiar la hora y estaba particularmente colérico y turbulento. Luego, de pronto, quedó inmóvil y silencioso. Era una transición sorprendente del alboroto al silencio. El primero hacía resaltar este último. Raúl quedó inmóvil por un rato; luego tomó una silla y la colocó delicadamente en equilibrio sobre el borde de otra. Observó las sillas por unos instantes como para asegurarse de que la silla de arriba al oscilar no fuera a perder el equilibrio y caer. Luego tomó una regla metálica bastante grande que estaba en el armario donde había hallado la pantalla y, sosteniéndola con ambas manos, como un balancín, quedó de nuevo inmóvil en el centro del cuarto. Me

impresionó su manera inquisidora, asombrada casi, de mirar alrededor del cuarto.

Parecía intensa, si bien apaciblemente feliz. Esta vivencia poseía un fuerte sentido estético. Yo sabía que algo importante estaba ocurriendo o iba a ocurrir en la mente del niño. No podía sino sentirme seducido por el misterio y suspenso que emanaban de esta escena.³⁶ Tuve la impresión de que el niño estaba descubriendo algo en el espacio que lo rodeaba, como si estuviera recreando el mundo y que todo lo que había destruido en sus fantasías volviera a la vida. Traté de expresárselo con palabras; para esto centré mis interpretaciones sobre el papel importante que parecía desempeñar aquí la reparación.

Me referí a su modo violento de tirar las sillas y cómo eso había sido como destrozarse mi cuerpo (el cuerpo del Amigo), recalcando su presente necesidad de reunir los pedazos. Aquí, como en las sesiones precedentes, volví al incidente de la pantalla que parecía el punto de partida de una mayor agresividad y dije que yo había sido la “mamá mala” que le había quitado el pecho y que le había hecho sentir deseos de destrozarla. Pero el punto que requería especial énfasis me pareció ser el de las fantasías reparativas y, en particular, la reparación por medio de su pene. Pues en esa sesión, la regla metálica aparecía claramente como un símbolo del pene. Interpreté que era capaz de desparramar cosas porque tenía menos miedo de su agresión y de las cualidades agresivas de su pene en particular y podía por lo tanto creer que éste también poseía funciones reparativas “buenas”.

La respuesta del niño a esta interpretación fue notable: escuchó atentamente, pareciendo comprender mis palabras; tomó luego mi mano y la apretó tiernamente contra su mejilla. Su cuerpo se apoyaba ligeramente en el mío de

³⁶ Marion Milner, en su trabajo “Aspects of Symbolism in Comprehension of the Not-Self” (en *New Directions in Psycho-Analysis*) describe una situación en el análisis de un niño de siete años que me parece muy similar en cuanto a significado estético a la que describo aquí. Las suposiciones que hace a fin de explicar el material fueron de gran valor para mi comprensión de las experiencias estéticas de Raúl; en especial las opiniones que expone en la parte de su trabajo titulada: “Aesthetic Experience and the Merging of the Boundary”.

modo que parecíamos repetir el arreglo de las dos sillas en equilibrio frente a nosotros. Le dije que también tenía menos miedo de mi pene, haciendo esto posible que admitiera (comprendiera) mis palabras porque eran sentidas como el pene bueno o viniendo de éste. Finalmente, dije que Raúl sentía que él era una “mamá” y yo un “papa y que estábamos teniendo un “bebé bueno”, que “estábamos haciendo un Raúl nuevo

Desearía ahora hacer un breve resumen de los principales acontecimientos de las quince semanas de análisis transcurridas hasta entonces. Raúl había comenzado a alucinar en la sexta semana y pasaron otras seis antes de que estos fenómenos disminuyeran en intensidad. Empezó entonces el juego con agua, alcanzando éste su clímax en menos de dos semanas (siete sesiones) cuando Raúl bebió del vaso. La pantalla apareció al día siguiente. Una semana y una sesión más pasaron, caracterizadas por sus arranques agresivos, hasta que llegamos a la sesión descrita más arriba. Esta secuencia de acontecimientos muestra que el progreso del niño se aceleró una vez que cedieron sus alucinaciones persecutorias, pues varios cambios ocurrieron luego en el transcurso de tres semanas. En el período que describiré ahora hasta el momento en que pronunció la primera palabra y abarcando casi un mes, ocurrieron varios cambios simultáneos, de modo que no puedo hacer más que indicar la dirección general de estos progresos y exponer parte del material más significativo.

Durante este período Raúl siguió siendo agresivo. Pero también desarrolló una nueva manera de tratar los elementos espaciales, pues, además de mostrar mayor interés por una más amplia línea de objetos, comenzó a tener ideas definidas sobre cómo usarlos y dónde colocarlos. Por ejemplo, dedicó varias sesiones a “re-ordenar” el cuarto de juego. Trabajó con mucha energía en sus nuevos esquemas, desplazando muebles, a veces arrastrándolos fuera del cuarto y volviendo a traerlos; demostraba gran ingenio en la variación de arreglos. Manejaba los juguetes con mayor libertad, empezando a gustar o no de ellos de una manera más definida. Trataba con sumo cuidado y delicadeza los juguetes

que le gustaban, pero era negligente y a menudo violento con aquéllos que no. Tenía un modo delicado de acercarse a determinados objetos que le gustaban especialmente, tocándolos ligeramente con la punta de los dedos y levantando nuevamente las manos como hacen a veces los pianistas.

Raúl también usaba sus manos en forma creadora en un juego que repetía a menudo: consistía en arrodillarse a mi lado en el diván, sacarme los lentes y ponérmelos diestramente una y otra vez y luego palmearme la cara, apretándola suavemente, como si estuviera modelándola o dándole forma. Este juego, equivalente a un ritual, ponía de manifiesto el deseo de contacto íntimo conmigo; en esos momentos contenía una risa de alegría y gorgoteaba suavemente. ⁽³⁷⁾

Creo que comenzaba a hacer un uso mucho más amplio de símbolos. Podíase ver claramente que estaba tratando la realidad exterior en una forma nueva: libidinizaba los objetos externos, los modelaba para hacer símbolos con ellos. Usaba los juguetes en una forma cada vez más simbólica: un pedazo de tiza, por ejemplo, dejaba de ser utilizado exclusivamente para dibujar y representaba ahora un clavo en un juego de mentirijillas, en el que un ladrillo era un martillo, o era colocado en una botella **como si** fuera una vela, etc.

El uso más amplio de símbolos coincidió con la emisión de los primeros sonidos articulados, y aquí de nuevo, exactamente como en el caso de las alucinaciones, aparecieron primeramente en una sesión y luego en la casa. Pronunció el primer sonido significativo seis sesiones después de aquella en que las dos sillas en equilibrio y la regla metálica fueron interpretadas como manifestaciones de sus fantasías reparativas (ver pág. 482). Esto sucedió luego que me hubo saludado en una forma particularmente cálida, pues sonrió al entrar en el cuarto de juego y apretó mi mano contra su mejilla. Tomó entonces una silla y apoyó la regla contra ella. Trepó sobre la silla y empezó a abrir y a cerrar el

³⁷ Varios rituales distintos aparecieron en ese período; creo que la primera actitud que sugiriera claramente un ritual fue la de sostener la regla metálica en las manos mientras “re-creaba” el mundo.

conmutador de la lamparilla eléctrica; a cada parpadeo de la luz, pronunciaba un sonido “ua-ua” a manera de una orden. Ciertamente gozaba con este juego en que la luz le “obedecía” y prosiguió con él durante unos diez minutos. Este juego me sugirió varias líneas de interpretaciones. Le dije que Raúl era como “papá” y que tenía el pene grande de “papá” (o del Amigo) que hacía “ua-ua”. Con este “ua-ua”, continué, Raúl era grande y fuerte y podía hacer que la luz apareciera y desapareciera. Dado que el niño habíase vuelto temeroso de la luz (desde el día en que había mojado la pantalla y había sentido miedo de la lamparilla eléctrica del cuarto de baño), interpreté que el “ua-ua” provenía del pene bueno, tan poderoso que podía transformar la “luz-pene mala” en un débil bebé que tenía que hacer lo que se le ordenaba: cuando Raúl decía “ua-ua”, el pene “malo” huía. ⁽³⁸⁾ También hablé de su control mágico sobre las cosas, tal como hacer el día y la noche con su sonido o controlar las relaciones de sus padres. Finalmente, y mientras aún aparecía y se apagaba la luz, hablé de su necesidad de un pene interno bueno para controlar su orina.

El niño escuchó mis interpretaciones, pero no puede decirse que manifestara mucho interés en ellas. Después de jugar con la luz, fue al pizarrón y trazó con tiza una serie de líneas verticales. Le pregunté si eso era Raúl y dejó de dibujar para mirarme y sonreírme. Dibujó luego un garabato circular y respondió en la misma forma cuando le pregunté si aquello representaba a “mamá”.

La secuencia dos veces repetidas de respuestas con sentido a una pregunta mía no se había presentado anteriormente; nunca antes había estado tan cerca de una respuesta directa. Acto seguido trepó sobre la mesa y se recostó boca arriba, abriendo las piernas. Parecía que para él responder a mi pregunta era lo mismo que recibir el órgano masculino; por lo que interpreté que mis palabras eran como un pene que penetraba en él y le daba “palabras-bebés” como el sonido

³⁸ Debo señalar que ninguno de estos sonidos articulados es una palabra del español.

“ua-ua”.⁽³⁹⁾ Por lo tanto podemos decir que para Raúl comprender equivalía literalmente a concebir.

En los días siguientes otros sonidos aparecieron en rápida sucesión: “buu”, “gui”, “baa”, en un marco no distinto del descrito en relación con el primer sonido. A menudo en efecto hacía gestos femeninos; además su actitud toda era de naturaleza receptiva femenina. También noté que con frecuencia vocalizaba cuando tenía en las manos objetos de claro simbolismo sexual.⁽⁴⁰⁾

Esta actitud receptiva era significativa. Creo que fuera la contraparte de su otro logro: el uso más amplio de símbolos, que representaba la libidinización del mundo exterior al volcar en él partes buenas de sí mismo. El mayor interjuego del mundo interno y externo del niño originaba un tipo de comportamiento mucho menos autoplástico. Podía ahora, hasta cierto punto, modificar el mundo exterior actuando sobre éste en lugar de negarlo mágicamente o cambiarlo. Creo que esto se debiera a la disminución de la angustia persecutoria, la que le permitía sentir menos desconfianza de sus objetos externos e internos y lo capacitaba para dar más de lo bueno “cercado” en su mundo interno. El hecho de que fuera más abiertamente agresivo era muy importante a este respecto, porque mostraba que negaba menos sus pulsiones destructivas y que las partes de su persona sentidas como agresivas ya no estaban tan disociadas como anteriormente, en particular el pene, del que tenía menos miedo y que por lo tanto podía sentir como instrumento de reparación y no tan sólo de destrucción.

³⁹ Esta es una interpretación casi literal. El hecho de que colocara la regla metálica contra la silla antes de empezar a jugar apoya, creo, mi suposición de que el sonido articulado estaba relacionado con la posesión de un pene “bueno”.

⁴⁰ Una vez vocalizó mientras trataba de subir por una escalera estrecha sosteniendo la regla metálica en una mano y la pantalla (resucitada para esa ocasión) en la otra. También vocalizó durante una sesión en que la regla y un radiador eléctrico desempeñaron papeles importantes. Con respecto a sus gestos femeninos, su madre informó que el niño por ese entonces sentíase particularmente atraído por sus prendas y que lo había visto a menudo llevando su sombrero, guantes y cartera.

LA PRIMERA PALABRA Y SU AMBIENTACION

A manera de introducción a la sesión en que habló por primera vez, diré que al finalizar el período que acabo de describir el niño se interesó en el problema de la perspectiva; pasaba un tiempo considerable contemplando algún objeto desde ángulos diferentes. Daré un ejemplo: desde la sala de espera veíase un tragaluz del edificio. Su aspecto exterior (una torrecilla rectangular) le había interesado cada vez que había ido a la azotea. En una ocasión, luego de haberlo observado con atención, pareció ocurrírsele una idea y bajó corriendo la escalera, yendo directamente a la sala de espera a fijar la mirada en la mancha cuadrada de luz en el techo. Era evidente que el niño había comprendido que los aspectos exterior e interior del tragaluz constituían dos facetas distintas de un mismo objeto. Un interés similar por las diferentes perspectivas de los objetos manifestóse en otras ocasiones, en particular en la sesión en que habló por primera vez. Esto ocurrió el primer día en que lo vi después de una interrupción del tratamiento por una semana en las vacaciones de Pascua.

Al principio de la hora miró largo tiempo la caja del ascensor a través del espacio comprendido entre la puerta del ascensor y el descanso. Luego subió y bajó la escalera, comportándose en la forma siguiente: cuando se hallaba en el descanso del piso de arriba miraba al del piso de abajo y viceversa. En otras palabras, miraba el sitio de donde había venido desde el lugar al que había llegado. Esa actividad fue interpretada como descripción de los sentimientos de separación sufridos por el niño durante las vacaciones, y de la distancia que nos había separado.

Pronto me di cuenta de que Raúl había cambiado. Su madre me contó que luego de unos días “malos” el niño había sido alegre y cariñoso durante el resto de la semana. Cuando volvió al consultorio me reconoció en seguida y pareció encantado de verme nuevamente. Me impresionó sobre todo su mayor

independencia. En lugar de tomar mi mano como siempre lo había hecho, ahora entraba y salía del cuarto y bajaba y subía la escalera solo. Interpreté primeramente su comportamiento como un signo de resentimiento, como si tratara de decirme: “Puedo desempeñarme muy bien sin usted”. Pero, considerando la impresión general que producía el niño, fui llevado a recalcar su sentimiento de haber sido capaz de conservarme dentro de él (de recordarme) durante los siete días de interrupción. Le dije que se había sentido colérico y vacío cuando yo no había aparecido y que él me había buscado (interpreté su mirar la caja del ascensor como el mirar dentro de él) y que sentía que me había destruido —durante el período “malo”— pero que luego me había devuelto a la vida.

Su independencia fue interpretada como el resultado de haberme conservado a salvo como un objeto interno, auxiliador, en el que podía confiar.

Pero otros rasgos importantes aparecieron en esa sesión. No sólo era más independiente con relación a mí, sino que también pidió ayuda abiertamente, en una forma sin precedente. Así, cuando regresó de la escalera, se inclinó por la ventana e hizo un gesto indicando que lo sostuviera más firmemente para que pudiera inclinarse más. Esto implicaba una noción realista del peligro y mi ayuda era solicitada en el momento adecuado.

El niño me pidió ayuda nuevamente poco tiempo después. Se puso colérico sin causa aparente y dio curso a su rabia tirando a golpes una silla. Tan pronto como hizo esto mostró sentir gran miedo de la silla y corrió hacia mí. Esta vez no se escudó contra mi cuerpo como acostumbraba, sino que me pidió de alzarlo en brazos. Cuando lo hube hecho se calmó y de inmediato fue al baño y ahí, sin mirarme, dijo por dos veces, con toda claridad: “Mamá”. La ambientación de esta sesión mostró tener rasgos en común con las sesiones siguientes en las que introdujo otras palabras; por lo tanto las conclusiones presentadas aquí, si bien están relacionadas específicamente a esta sesión en particular, se aplican a la

tendencia general de ese período. ⁽⁴¹⁾

Lo interesante de esta sesión era la forma nueva en que el niño manejaba su agresividad. La silla golpeada se transformaba en el objeto temido; lo dañado se volvía perseguidor. Jamás había aparecido anteriormente un lazo causal tan claro entre su agresividad y la persecución. La silla “dañada” fue interpretada como representando al analista, que lo había frustrado y que Raúl, en sus fantasías, había destruido. Pero existían otros hechos que me hicieron ampliar esta interpretación. Había sido capaz de darse cuenta de su propia agresividad y había mostrado tener una noción realista del peligro en la ventana. ¿De qué peligro había tomado conciencia? Creo que se trataba, en última instancia, del peligro de sus propias pulsiones agresivas, que eran ahora sentidas como viniendo de su interior; al aceptarlas habíase vuelto capaz de tomar también conciencia de los peligros externos. De acuerdo con esto, también interpreté la silla como representando su propia persona agresiva a la que sentía tan aterradora que no podía con ella sin mi ayuda.

Los rasgos siguientes estaban presentes en esa sesión: reconocimiento de mí luego de la separación, independencia, conciencia realista del peligro y mayor comprensión de sus propias pulsiones agresivas.

Estos rasgos indicaban que su yo estaba más integrado, que se había producido una síntesis más firme de sus pulsiones libidinales y agresivas y que habíase desarrollado la percepción de la realidad externa e interna. Parece entonces claro que esta *nueva* perspectiva psíquica diese origen a su primera palabra.

Una discusión amplia de las razones que llevaron al niño a hablar, así como

⁴¹ Como en el caso de los sonidos articulados, sin palabras, una vez que hubo pronunciado la primera palabra, otras siguieron y en menos de un mes había utilizado más de media docena de ellas. Al principio su lenguaje era “autístico”: el niño pareció a hablar a sí mismo y sus expresiones ocurrían al azar, si bien a menudo empleaba su vocabulario correctamente. Al mes perdió nuevamente lo que había logrado, como resultado de la mudanza del cuarto de juego a otro edificio. Allí empezó lentamente a hablar y ahora, en el séptimo mes de tratamiento, Raúl ya ha pronunciado frases de dos palabras (la primera fue “agua-mamá”). El lenguaje tiende a volverse comunicativo, pero el progreso es lento. Particularmente significativo es el hecho de que aún no aprendió a decir “sí” o “no”.

del significado que las palabras tenían para él, rebasaría el alcance de este trabajo. Sería necesario considerar el surgimiento del simbolismo yerbal en relación con otros modos simbólicos de expresión, tales como rituales, gestos y juegos imaginativos; tarea que no puedo emprender aquí.

Por lo tanto, desearía únicamente atraer la atención sobre el hecho de que la primera palabra de Raúl apareció en el momento del análisis en que los rasgos depresivos aparecieron más cerca de la superficie.

Melanie Klein mostró la importancia de la posición depresiva en el desarrollo mental.⁽⁴²⁾ En dicho estadio, ocurren cambios básicos en la manera en que el niño vivencia el mundo. Los límites del conocimiento —percepciones, reacciones, sentimientos, ideas— se amplían. Y esto sigue a la capacitación del yo para vivenciar la culpa y cuidar sus objetos; también sigue a la comprensión del yo de que su amor y su odio se refieren a un mismo objeto y que este objeto no es parte de la persona sino que tiene vida propia.

El análisis de Raúl parece mostrar que existe una relación estrecha entre la posición depresiva y la formación de símbolos. Cada paso hacia esa posición era acompañada de una constelación de símbolos y estos eran cada vez más ricos de significado y abarcaban una línea cada vez más amplia de objetos e intereses.

Creo que esa relación existía claramente en el caso de Raúl; pero naturalmente sería necesario un estudio más profundo antes de establecerla como regla general. ⁽⁴³⁾

⁴² “A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States” (1935), en *Contributions to Psycho-Analysis, 1921-43* (1948) (Traducido en Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1947, IV-3. N. del T.). También existe una breve y útil descripción de la posición depresiva en el trabajo de Hanna Segal, “A Psycho-Analytic Approach to Aesthetics” en *New Directions in Psycho-Analysis*, Tavistock Publications Ltd. London, 1955.

⁴³ Podrá hallarse una evidencia más amplia de esta relación en el trabajo de W. R. Bien “Language and the Schizophrenic” en *New Directin in Psycho-Analysis*, Tavistock Publications Ltd. London, 1955.

DESARROLLO EN EL CURSO DEL ANÁLISIS

Se pudo observar un gran progreso en los primeros siete meses de análisis, pero aún queda mucho por hacer si se desea superar con éxito el estado psicótico. En este trabajo me he concentrado en la serie de cambios aparecidos en el comportamiento del niño. Estos cambios relatan una historia de progreso rápido, lo que constituiría una descripción unilateral si no se llamara la atención sobre el hecho de que la base del comportamiento del niño es aún predominantemente autística. La mayoría de los síntomas descritos al principio están aún presentes al finalizar este período de siete meses, pero su frecuencia e intensidad disminuyeron considerablemente. Se presentan a menudo estados de desapego emocional y retraimiento, pero rara vez duran toda una sesión, mientras que los ataques de rabia, con o sin alucinaciones, son aun muy comunes.

La conducta de Raúl en el hogar mejoró considerablemente. Es mucho más afectuoso con los padres, en particular con su padre. Es capaz de manifestar celos de su hermano y también, últimamente, de demostrarle afecto. Le gusta jugar con niños a quienes conoce bien y prefiere los juegos que requieran correr mucho. Si bien su agresividad es aún muy inhibida, se le vio golpear a otros niños en una o dos ocasiones.

Un cambio dramático se produjo en relación con la comida. Raúl adquirió un apetito voraz, a tal punto que su madre se queja de lo difícil que resulta mantenerlo tranquilo mientras se preparan los alimentos. Ahora le gusta la carne y su dieta incluye varios platos nuevos.

El progreso del lenguaje es lento. Dije más arriba que aún es incapaz de decir “sí” o “no”. Ahora comprende mucho mejor, y a veces hace, lo que se le dice. En el momento de escribir este artículo, logró el control de esfínteres. Adquirió este hábito repentinamente y en menos de quince días fue totalmente limpio de

día y de noche.

Por último, noté que sus alucinaciones parecían transformarse lentamente en fobias. Sus alucinaciones visuales tienden a transformarse en temor de la luz viva. Desvía la mirada y da vuelta el rostro frente a la luz en una forma que sugiere la presencia de una ftofobia. También tiene reacciones fóbicas hacia objetos extraños, la aspiradora, por ejemplo. Varios signos indican que su primitiva insensibilidad se transformó en una hipersensibilidad generalizada. ⁽⁴⁴⁾ Por ejemplo grita si un trocito de alimento cae sobre su servilleta; no tolera el contacto de ciertos materiales ásperos y es muy delicado con respecto a su ropa.

AUTISMO INFANTIL TEMPRANO

Bajo el título de “Early Infantile Autism” Kanner presentó un grupo de niños con una sintomatología muy similar a la de Raúl. Lo que sigue es un breve resumen de las observaciones de Kanner. ⁽⁴⁵⁾

Estos niños son generalmente retraídos y carentes de emociones desde la temprana infancia. Por regla general, son tranquilos y se portan bien; pueden ser dejados solos por largo rato sin que lloren. Dado que sus síntomas son silenciosos y no perturban a los mayores, los padres generalmente no notan ninguna anormalidad hasta el segundo o aún el tercer año.

⁴⁴ P. Bergmann y S. K. Escalona relatan casos de niños cuya descripción clínica relacionan a la de Kanner en “Early Infantile Autism”. Estos niños presentan hipersensibilidades no distintas de las de Raúl. Ver “Unusual Sensitivities in Very Young Children”, en *The Psycho-Analytic Study of the Child*, tomo 111-IV, 1949, p. 333.

⁴⁵ Por información más detallada ver la descripción de Kanner del Autismo Infantil Temprano en su libro *Child Psychiatry* (Springfield, 111, 1935), p. 716.

Los padres se quejan entonces del retraimiento de su hijo. El niño autista no hace diferencia entre las personas a quienes conoce y las que le son totalmente extrañas; a todas trata por igual. La propia madre es tratada en forma desapegada, carente de emotividad. Estos niños no parecen desear de las personas sino una cosa: que los dejen solos. A solas juegan plácidamente por largas horas, y sus juegos, como los de Raúl, por lo general carecen de imaginación o sentido. Responden con rabia y angustia si personas o acontecimientos imprevistos interfieren en sus actividades.

Parece, en verdad, que lo que más temen en su vida es lo imprevisto; muestran lo que Kanner describe como “un deseo obsesivo del mantenimiento de la uniformidad”;⁽⁴⁶⁾ cualquier cambio en la rutina diaria puede conducirlos a la desesperación. Se llevan mejor con los objetos inanimados que con los animados; hasta cierto punto, en verdad, tratan a las personas como si fuesen objetos inanimados, pues sólo consideran en ellas la parte del cuerpo con la que se hallan en contacto inmediato.

Aproximadamente las dos terceras partes de los treinta o más niños vistos por Kanner (hasta 1948) aprendieron a hablar. Su lenguaje se caracteriza por los siguientes rasgos: el empleo de sustantivos y la pronunciación no presentan dificultades, por lo contrario, habitualmente aprenden de memoria y recuerdan con asombrosa seguridad largas listas de palabras; pero no utilizan su vocabulario con fines de comunicación. Las palabras no tienen significado para los demás. Son frecuentes la ecolalia y la “inversión pronominal” (no-distinción entre “yo” y “tú” o “usted”); Kanner considera esta última casi como el signo patognómico de este estado.

Estos niños tienen un rendimiento intelectual general muy bajo, pero sus rostros son habitualmente inteligentes y casi siempre se destacan en algún terreno intelectual o artístico. Algunos son considerados niños prodigios, pero pronto aparece que su talento, por muy grande que fuere, es unilateral y en

extraña desarmonía con el resto de la personalidad. Por último proceden a menudo de familias frías, ultra-intelectuales.

El estado de Raúl indudablemente encuadra dentro de la descripción de Kanner del Autismo Infantil Temprano. ⁽⁴⁷⁾

Sus síntomas, uno por uno, están incluidos en el esquema de Kanner y el lector puede referirse a su historial con fines de correlación. La excelente descripción que hace ese autor del Autismo Infantil Temprano me resultó muy ilustrativa pues, además de su valor diagnóstico inherente, me capacitó para apoyar la experiencia ganada en un solo caso sobre un fondo de entidad nosológica bien definida. Además creo que la descripción fenomenológica de Kanner aporta un caudal de datos confirmatorios a algunas afirmaciones de Melanie Klein relativas a los estadios tempranos del desarrollo mental, la posición esquizo-paranoide. Es significativo que Kanner mismo no hizo más que dar una descripción fenomenológica del grupo patológico que definió, sin profundizar la psicopatología subyacente. ⁽⁴⁸⁾ Esto puede deberse a que no

⁴⁶ *Child Psychiatry*, p. 718.

⁴⁷ Los doctores Pichon-Riviere tuvieron oportunidad de estudiar diez casos de Autismo Infantil Temprano, siete de los cuales están en tratamiento alérgico con Pichon-Riviere y sus colaboradores. Aplican la técnica de juego de Melanie Klein y sus observaciones son en general similares a las mías; les quedo profundamente agradecido por haber colocado materiales de casos y su valiosa experiencia a mi disposición. En base a esos materiales, parece que todos esos niños tienen dificultades en la alimentación a partir del nacimiento y que casi siempre son extremadamente inagresivos. Kanner no se refiere explícitamente a estos rasgos pero parecen estar implícitamente contenidos en su descripción. Ninguna referencia definida fue hecha por Kanner u otros a las alucinaciones en estos niños, que yo sepa. Esto me sorprende, dado que hallé otro niño autista que alucina. Se trata de un niño de doce años que empecé recién a analizar y cuya sintomatología se parece asombrosamente a la de Raúl, salvo que habla. En *la primera* entrevista pude ver que alucinaba y, cuando le pregunté qué veía, me dijo que un hombre jugando al football en el techo. Dos sesiones después “vio” al diablo detrás mío y mostró aguda ansiedad. Este niño tiene un don real por la música; me afirman que puede decir quién dirige una sinfonía transmitida por radio aun cuando no haya escuchado anteriormente al director en esa pieza en particular, pues conoce el estilo de todos los directores de renombre.

⁴⁸ Kanner, *op. cit.*, expone extensamente los puntos de vista de Melanie Klein acerca de las técnicas de análisis de niños y se muestra en desacuerdo con ellos. Sus críticas evidencian que tiene conocimiento del trabajo de Melanie Klein. En el capítulo sobre Esquizofrenias Infantiles dice que “Klein, Rapoport y Cottington pueden informar sobre progresos como premio a la psicoterapia”. Desgraciadamente, sin embargo, el nombre de Melanie Klein es omitido en la bibliografía, de manera que el lector no puede relacionar los resultados-premios a ningún caso en particular (obtenidos en el análisis de Dick por ejemplo) - El trabajo de Rapoport, en cambio, no es omitido; concluye significativamente: “Para resumir, Cite en toda su extensión el trabajo de Melanie Klein (“La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo”) porque, en primer lugar, constituye una contribución importante a los problemas de la esquizofrenia en los niños; en segundo lugar porque en determinados ejemplos sus observaciones sobre la psicodinámica corren paralelas a la descripción clínica de nuestro paciente. El contacto terapéutico quedó establecido y se logró el insight acerca del problema del niño

concede la multiplicidad de los síntomas autísticos como tentativas activas de dominar la angustia. Parece que los considerara únicamente como expresión de una mente anormalmente no-desarrollada, resultante de una disposición autística innata y de un ambiente desfavorable. Así por ejemplo, en su opinión, el niño trata a las personas como “objetos parciales” solamente porque no puede concebir objetos totales.

Las formulaciones de Melanie Klein dan cuenta y reúnen los diferentes rasgos del comportamiento autístico como no lo hizo ninguna otra teoría, que yo sepa. Basándome en sus puntos de vista esbozaré algunas conclusiones que, creo, se aplican de un modo general al grupo autista infantil.

El ánimo de estos niños alterna entre dos extremos. Parecen plácidos o aun dichosos, o de lo contrario asustados y desesperados. Generalmente oscilan bruscamente de uno a otro extremo, sin estados intermedios. Parecen tranquilos cuando se les deja solos en medio de sus cosas; la angustia surge súbitamente si irrumpe un objeto externo al que no pueden ignorar.

Parecen odiar y temer al mundo exterior. Cuando están tranquilos, su falta de interés por el mundo exterior resulta de la negación de su existencia. En el autismo infantil esta negación parece ser extrema. Creo que en algunos casos graves, como el de Raúl, llega a una alucinación negativa del ambiente. Por lo tanto viven en un espacio vacío, no oyen nuestra voz ni ven nuestro cuerpo. Resulta significativo, en cuanto a esto, que muchos niños autistas fueran

cuando, utilizando una técnica de juego similar a la de Melanie Klein, llegó a ser inteligible el significado del simbolismo oscuro del paciente”. El paciente de Rapoport, un niño de once años, mostraba “similitudes notables” con Dick: rechazo de los alimentos, inhibición para golpear, retraimiento (“ignoraba a las personas durante días), ecolalia, disociación del dolor, etc.... Ver el trabajo de Rapoport: “Therapeutic Process in a Case of Childhood Schizophrenia”, *The Nervous Child*” (1942), p. 188.

considerados sordos. ⁽⁴⁹⁾

Estos niños niegan la existencia del mundo exterior porque proyectaron en él todo lo que es odioso, doloroso y aterrador (objetos, sentimientos, situaciones). El factor cuantitativo es extremadamente importante y explica su pronunciado retraimiento: parecen proyectar y negar en bloc ⁽⁵⁰⁾ la totalidad de la parte agresiva de sus personas. Esta negación masiva explicaría en primer lugar porqué su objeto externo puede repentinamente transformarse en un perseguidor temible y, en segundo lugar, porqué son inagresivos al punto de carecer aún de tendencia de auto-preservación. En el niño de doce años que estoy tratando, la falta de agresividad es tan pronunciada que, al caer, no pudo proteger su rostro con los brazos, lastimándose la frente. El caso de Raúl ilustra claramente la intensidad de la angustia persecutoria (ver sus alucinaciones de terror) y su inagresiva impotencia. Cuando la proyección y negación de las pulsiones es hecha en una escala tan vasta, una gran parte del yo es también disociada, de manera que es bastante debilitada. El yo débil necesita defenderse. El niño autista se defiende por medios mágicos.

El niño autista es una criatura omnipotente. En muchos aspectos es el soberano despótico de un mundo estático poblado por aquellos que poseen la obediencia ciega de los objetos inanimados. Su comportamiento sugiere que solamente participan en las situaciones externas en que la “uniformidad” del ambiente proporciona un apoyo conveniente a sus fantasías de control. Las teorías de Melanie Klein relativas al mecanismo de identificación proyectiva resultan esenciales para la comprensión de la manera en que el niño autista llega a sentir que controla el mundo con omnipotencia.⁽⁵¹⁾ Al proyectar partes de su persona en el objeto siente que lo controla porque identifica el objeto con la

⁴⁹ Ver Kanner, *op. cit.*, p. 717.

⁵⁰ En francés en el texto original. (N. del T.)

parte proyectada de su persona. Considero que debido al uso extremado de la identificación proyectiva el niño autista llega a considerar el mundo exterior como parte de su persona; puede entonces negarlo totalmente y o controlarlo totalmente. En su omnipotencia, cree que las personas son títeres cuyas partes separadas, como mi mano en el caso de Raúl, son herramientas o apéndices que pueden utilizar para sus propios fines.

Pero esta fantasía puede ser frustrada, y a menudo lo es. Esto ocurre por lo general cuando el objeto externo (o el acontecimiento) actúa **repentinamente**, en una forma por así decirlo impropia de un títere. Se viene entonces al suelo la creencia del niño en su omnipotencia. Al fallar su mecanismo defensivo, se siente enfrentado — y a merced — de un objeto perseguidor del que puede decirse que contiene todas sus pulsiones agresivas.

Cuando esto ocurre, teme su propio aniquilamiento; creo en efecto que la intensidad de la angustia en el niño autista es similar a la que provoca la muerte inminente. La vivencia del aniquilamiento surge al sentir que el objeto perseguidor irrumpe en su propio cuerpo y lo destruye (ver los colapsos de Raúl, en que parecía un muñeco, p. 465 y 474). Este violento entrar-de-nuevo de los perseguidores parece constituir la situación de angustia más importante en el autismo infantil.

La alternancia de los estados de ánimo en estos niños tiene un equivalente, y éste está en relación con sus esquemas corporales. ⁽⁵²⁾ Es difícil describir el comportamiento autístico sin emplear términos como “cáscara”, “barrera”,

⁵¹ Para la descripción de la identificación proyectiva, ver “Notes on Some Schizoid Mechanisms” (1946) en *Developments in Psycho-Analysis*, 1952 (traducido en Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1948, VI -1: “Notas sobre algunos mecanismos esquizoides”. N. del T.).

⁵² Utilizo el término “esquema corporal” en el sentido definido por W. C. M. Scott, esperando no aplicar indebidamente sus ideas. Ver su artículo “A Problem of Ego Structure”, *Psycho-Anal. Quart.* (1948), 71, en el que desarrolla el concepto de “imagen corporal” de Paul Schilder (*The Image and Appearance of the Human Body*, Psyche Monographs N° 4, 1935).

“estando envuelto”, para dar cuenta de nuestras impresiones. Con estos términos transmitimos nuestra impresión de que un límite abruptamente definido existe entre nosotros y el niño retraído. Pero tampoco podemos prescindir de conceptos como “desintegración” y “caos” al describir por ejemplo las vivencias aterradoras de aniquilamiento del yo que también sufren estos niños. Sentimos entonces que aquel límite semejante a una cáscara ya no existe. Esto sugiere que el niño autista se aferra a una barrera que separa lo que siente ser bueno y ser su persona, de lo que siente ser malo y ajeno a ella. Por temor a un mundo perseguidor, hace de aquella barrera una cáscara, constituyendo ésta una defensa contra la confusión y pérdida de la diferenciación entre un mundo interno “bueno” y un mundo externo “malo”. El estado de confusión es originado, según lo mostró H. Rosenfeld en sus trabajos con pacientes esquizofrénicos, por el uso desordenado de la identificación proyectiva, (⁵³) y puede ser claramente observado en algún niño autista que haya adquirido el lenguaje. La peculiar construcción gramatical llamada “inversión pronominal”, en la que “llega a hablar de sí mismo siempre como de “tú” o “usted” y de la persona a quien habla como de “yo” (⁵⁴) está evidentemente relacionada con la confusión subyacente de “yo” y “no-yo”.

En un niño autista analizado por la Sra. G. Racker también vióse que la ecolalia representaba esta confusión y la defensa contra ella: al repetir la palabra, era la- otra persona (confusión), pero al ser el eco de la otra persona,

⁵³ Ver “Note on the Psychopathology of Confusional States in Chronic Schizophrenias”, 1950, *Int.j. Psycho-Anal.*, tomo XXXI, 132 (traducido en el presente número de Revista Uruguay de Psicoanálisis: “Nota sobre la Psicopatología de los estados confusionales en la esquizofrenia crónica”. 7N. del T.). Ver también “Notes on the Psycho-Analysis of the Super-ego Conflict of an Acute Schizophrenic Patient” en *New Directions in Psycho-Analysis*, Tavistock Publications Ltd. London, 1955 (traducido en Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1953, X - 3: “Observaciones sobre el conflicto del superyo en una forma aguda de esquizofrenia”. N. del T.).

⁵⁴ Ver Kanner, *op. cit.*, p. 718.

reflejaba la palabra al exterior sin asimilarla. ⁽⁵⁵⁾

El niño autista es muy narcisista. Se relaciona con un objeto externo sólo hasta, donde llega a sentir que es una parte de su propia persona (identificación proyectiva). El trabajo de Melanie Klein mostró que en los estados narcisísticos es mantenida la relación con un objeto interno. En el análisis de Raúl surge claramente la relación con un objeto interno ideal. Y creo que esa relación da cuenta de varios fenómenos presentes en el autismo infantil. Daría cuenta por ejemplo de los momentos dichosos que estos niños tienen a menudo. Además, el hecho de que aún la propia conservación sea trabada en ellos no puede explicarse solamente por la negación masiva de la agresividad. Sugiere una desatención del cuerpo porque existe algo más — el objeto ideal interno — que el niño trata de proteger y por el que realmente se preocupa. El cuerpo sería, según las palabras de Melanie Klein “sólo la cáscara (del objeto ideal) “. ⁽⁵⁶⁾ Esta actitud puede tener algo que ver con la frecuente insensibilidad de estos niños al sufrimiento corporal.

Por último, la noción de un objeto interno ideal ofrece una explicación de un problema muy interesante planteado por el autismo infantil: él de la belleza, talento por la música y movimientos graciosos de estos niños.

Kanner menciona, en una comunicación privada, ⁽⁵⁷⁾ que solamente uno de los aproximadamente treinta casos estudiados por él no era dotado para la música. Además, a menudo son notables la hermosura y gracia de estos niños. Kanner no menciona explícitamente dichas cualidades, pero se refiere a ellas (la belleza, en particular) en varios historiales. Estas cualidades estuvieron también

⁵⁵ Comunicación personal.

⁵⁶ Ver “Notes on Some Schizoid Mechanisms” en *Developments in Psycho-Analysis*, p. 302 (traducido en Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1948, VI - 1. N. del T.) - Refiriéndose a la idealización excesiva como mecanismo defensivo, Melanie Klein dice que el yo puede depender tan enteramente de su objeto ideal que llega a ser “tan sólo su cáscara”. Creo que esta afirmación se aplica específicamente al niño autista.

⁵⁷ ⁵⁷ Relatada por P. Bergmann y S. K. Escalona en el trabajo: “Unusual Sensitivities in Very Young Children” en *The Psycho-Analytic Study of the Child*, tomo III - LV, p. 333, 1949.

presentes en los niños estudiados por Pichon-Riviére y sus colaboradores, así como en los niños vistos por mí.

El niño autista, como Narciso, es hermoso. ⁽⁵⁸⁾ A este respecto existe un pasaje altamente significativo en el trabajo de Freud “Introducción al Narcisismo” ⁽⁵⁹⁾ donde nota la “fascinación”, de las mujeres narcisistas: “Esas mujeres fascinan más que ninguna a los hombres, no solamente por razones estéticas, ya que por lo general son las más hermosas, sino también por determinadas constelaciones psicológicas”. Freud procede a relacionar esa fascinación con el narcisismo y agrega: el encanto de un niño reside en gran parte en su narcisismo, auto-suficiencia e inaccesibilidad, al igual que el encanto de ciertos animales que parecen no interesarse por nosotros, como los gatos y animales grandes de presa.”

Me sorprendió hallar que los términos de Freud en este pasaje fueran los que utilizamos específicamente al hablar de niños autistas: “belleza”, “auto-suficiencia”, “inaccesibilidad”. Su referencia misma a los gatos me recuerda la manera de caminar de Raúl, en punta de pies, y el andar leve y elástico frecuente en estos niños. Además, son indudablemente atractivos. Freud sugiere que en el encanto de las criaturas narcisistas puede deberse al hecho de que “les envidiamos su poder de conservar una mente dichosa”.

Creo que la observación de Freud se hace aún más significativa si, de acuerdo con las contribuciones de Melanie Klein al estudio del narcisismo, consideramos ese estado mental dichoso como el resultado de una relación ideal con un objeto ideal. Envuelto en sus fantasías, el niño autista vive en un mundo interno de amor y armonía donde no existe nada fuera del objeto ideal. En última instancia, el contenido de ese mundo interno sería una *relación* ideal con

⁵⁸ Creo que la existencia de estos niños encarna en forma condensada el mito griego de Narciso. Son a la vez Narciso y Eco (la ninfa cuyo amor Narciso rechaza). Como Narciso no saben distinguir entre ellos mismos y los demás y, como Eco, no distinguen si las palabras pertenecen a ellos mismos o a los demás (ecolalia).

⁵⁹ “Introducción al Narcisismo”, 1914.

un pecho generoso, inagotable, siempre presente.

Creo que la belleza y otras dotes y cualidades estéticas del niño autista sean el resultado de esta relación ideal. Puede que en el vínculo emocional dichoso con el objeto ideal, los sentimientos sean expresados en una forma parecida a la música. En otras palabras, la música podría ser el medio de expresión, el lenguaje de amor con un objeto ideal. ¿También crearía este objeto ideal la belleza del niño autista?

No olvidemos sin embargo que ésta es una cara solamente de la imagen. La misma perfección del paraíso interno del niño autista da la medida de su horror frente al mundo exterior en el que proyectó todos sus males. ⁽⁶⁰⁾

Traducido por
PAULETTE MICHON FERRAND

⁶⁰ Había momentos en que este mismo niño se volvía extremadamente feo. Asimismo sus gritos eran singularmente desagradables.

Algunas consideraciones sobre la
psicopatología de la esquizofrenia (¹)

HERBERT ROSENFELD

LONDRES

En los últimos veinte a veinticinco años, el interés de los psicoanalistas se ha dirigido nuevamente al tratamiento de la esquizofrenia. En América del Norte, fue sobre todo Harry Stack Sullivan quien orientó a sus alumnos hacia el estudio psicológico de la esquizofrenia. En Inglaterra la estimulación partió de Melanie Klein quien, a través de su investigación de la más temprana niñez, dio cada vez más a los analistas la posibilidad de penetrar en las capas más profundas del inconsciente. Freud sugirió en su trabajo sobre el caso Schreder (1911) que la esquizofrenia estaba relacionada con una regresión a la fase autoerótica de los primeros meses de vida. Melanie Klein le dio su especial atención a estos primeros meses de la vida, y ya en 1935 insistía en que los lactantes están normalmente expuestos a situaciones psicóticas de angustia y que los pacientes que sufren de psicosis regresan a estas tempranas angustias psicóticas de la niñez. Melanie Klein y algunos de sus discípulos han comprobado estas investigaciones en una serie de análisis de enfermos psicóticos. Pero el estímulo fundamental partió del trabajo sobre “Mecanismos esquizoides” que publicó Melanie Klein en 1946. Allí desarrollaba a través de una serie de ejemplos su teoría sobre la disociación del Yo y los mecanismos responsables de esta disociación. Este trabajo llenaba un vacío en la teoría psicoanalítica; porque hasta entonces se conocía poco sobre las alteraciones del

¹ “Bemerkungen zur psychopathologie der Schizophelie”, Psyche, Stuttgart, 1957.

Yo, y las dificultades primordiales en el tratamiento de la esquizofrenia están seguramente relacionadas con alteraciones profundas del Yo.

Aquí quiero ilustrar brevemente algunos mecanismos esquizoides en un caso de esquizofrenia, que publiqué en el año 1947, y quiero demostrar cómo la comprensión más profunda de la psicopatología facilita el proceder psicoanalítico.

Mi paciente Mildred tenía 25 años cuando comencé su tratamiento en marzo de 1944. Era de mediana estatura y rubia. No se podía decir que su cara fuera fea, pero resultaba muy poco atractiva porque era sumamente inexpresiva. Recién en una época posterior de su tratamiento la expresión de su rostro se hizo más vívida. Tuvo su primer crisis de nervios a los 17 años. La segunda crisis se produjo a la edad de 25 años en la primera parte de la guerra. Fue llamada y obligada a trabajar la tierra. Allí desarrolló una enfermedad física tras de la otra y se le diagnosticó gripe recurrente y angina. Debido a que estas enfermedades no mejoraban, tuvo que ser despedida del ejército. Tampoco entonces logró mejoría y cuando la vi por primera vez en marzo del año 1944 había estado teniendo la tal llamada gripe por espacio de cuatro a cinco meses. Poco después de esto comenzó el análisis, pero pronto me di cuenta que ella no demostraba ningún interés en ser tratada y esto parecía estar en relación con una profunda desesperanza de curar jamás.

En este momento no me quiero referir más a la historia familiar y a la niñez de Mildred, sino que quiero mostrar de qué manera se fue desarrollando el cuadro esquizofrénico durante el tratamiento. Felizmente en este caso no hubo un episodio esquizofrénico agudo con graves alucinaciones, sino que la enfermedad pudo ser tratada ambulatoriamente. Los norteamericanos denominaron “esquizofrenia ambulatoria” a este tipo de esquizofrenia, en contraste con las esquizofrenias graves que se ven en las clínicas de hospitales psiquiátricos. Desde el punto de vista técnico, la paciente fue tratada *como* todos los demás pacientes. Yo lo pedí que se acostara en el diván analítico y que me

dijera lo que se le ocurriese y yo me limitaba en mi contacto con ella a interpretar el material analítico en relación con la transferencia, es decir, me abstenía de darle cualquier consejo u otra sugerencia. Ella encontraba muy difícil el expresarse Verbalmente y pasó bastante tiempo hasta que yo me diera cuenta que ella había comprendido mi pedido de asociar libremente en forma completamente distorsionada. Ella me dijo que yo le había exigido que no pensara más en lo que le pasaba por la mente, sino que tuviera otros pensamientos. Pero como eso no le era posible, ella no podía pensar ni decir nada. Estas y otras distorsiones son muy típicas en pacientes esquizoides y esquizofrénicos. No están relacionadas sólo con la fuerza de la actitud paranoide del paciente, sino que forman parte de la alteración de pensamiento esquizofrénica, en la que no puedo entrar aquí. La paciente vino regularmente al análisis pero frecuentemente llegaba tarde. Ella no podía expresar sus sentimientos y parecía completamente ocluida. A veces se interrumpía esta actitud básica, en cuanto ella traía sus pensamientos persecutorios a la superficie o daba expresión a su desesperanza.

Ya al comienzo del análisis Mildred describía síntomas y sensaciones de tipo francamente esquizoide, entre ellos sentimientos de despersonalización. Ella se sentía tan somnolienta que estaba casi siempre sólo semi-consciente, y a veces tenía la sensación de que no se podía quedar despierta.

Cuando le fue posible describir mejor sus sensaciones, expresó que le parecía como si una tela o una manta la separara del mundo, o se sentía como muerta, no aquí; como si estuviera cortada de sí misma. Frecuentemente expresaba el temor de no poder hablar más y de llegar a un estado de no conciencia. Ella temía enloquecer completamente, sobre todo cuando tratara de comunicarse nuevamente consigo misma.

Era claro que la paciente trataba de mantener estos sentimientos alejados de la situación transferencial, y se tenía la impresión que el estado esquizoide se acrecentaba cada vez que los sentimientos de culpa, depresión o sentimientos

persecutorios se aproximaban a la conciencia. Toda interpretación de la transferencia negativa, pero sobre todo también de la transferencia positiva, producía largos silencios, y cuando le era posible hablar nuevamente, describía percepciones esquizoides. A pesar de esto le fue posible crear, lentamente, relaciones de objeto en su vida exterior. En el análisis se vio claramente que estas relaciones estaban fuertemente mezcladas con proyecciones de su propio yo. Quiero citar de manera breve un ejemplo. Dennis, el marido de su mejor amiga, tuvo una crisis neurótica al estar separado de su mujer que estaba esperando su segundo niño. El trató de seducir mi paciente de varias maneras. Al principio tuvo grandes dificultades de controlarlo y ella pensaba que debía dejar de verlo completamente. En el análisis de esta situación surgió la idea, completamente consciente, de querer separar a Dennis de su esposa, pero esto no la trastornó mucho. Ella no parecía preocupada con la resolución de sus propios deseos. Su temor y preocupación se referían a su capacidad de controlar los deseos y argumentos de Dennis. Ella me repitió estos argumentos y se vio claramente que Dennis representaba una parte de su propio yo, en este caso su avidez sexual que había proyectado en él. Uno de los motivos que reforzaba la proyección de estos sentimientos sobre Dennis, era la semejanza entre los problemas de Dennis y los suyos propios. La neurosis de Dennis parecía deberse a reacciones de envidia en relación con el nacimiento de su propio hijo, mientras que Mildred había reaccionado con un shock al nacimiento de su hermano, un año y medio menor que ella. Las interpretaciones de esta proyección permitieron a Mildred fortalecer su yo, de tal manera que pudo obtener una buena relación con Dennis sin entrar en relaciones sexuales con él. Se hizo más claro durante el análisis, que, aparte de la proyección de los impulsos que la enferma vivía como malos, también se proyectaban continuamente partes buenas de su yo sobre otros objetos, sobre todo amigas, que no sólo representaban la madre buena, sino también la parte buena de su propio yo. Ella se sentía extraordinariamente dependiente de estas amigas y amigos y casi no se las podía

arreglar sin ellos. En su temprana infancia ello no podía aprender nada sin la ayuda de su hermano menor Jack, y esta estrecha dependencia de Jack estaba seguramente relacionada con el hecho de que Jack representaba la parte buena de su propio yo, que ella no podía mantener dentro de sí.

En una parte posterior del análisis se evidenció esta proyección del yo en la transferencia, y noté que las dificultades de comprender e interpretar la transferencia estaban en gran parte en relación con estas proyecciones del yo. Debido a estas proyecciones de partes buenas y malas del yo sobre otros objetos, en el análisis sobre el analista, se debilita fuertemente el yo. En consecuencia aparecen graves trastornos de la función del yo en la psicosis transferencial; por eso Mildred a veces sentía la imposibilidad de levantarse de mañana y venir al análisis. Muchas veces aparecía cinco minutos antes del final del análisis y esto se siguió produciendo durante semanas y semanas.

Estos mecanismos de disociación y proyección del yo temprano, que tienen un rol tan importante en la esquizofrenia, fueron descritos por Melanie Klein en su trabajo “Notas sobre algunos mecanismos esquizoides”. Ella muestra allí, que el niño en la fase paranoide de su desarrollo, es decir en los primeros tres meses de vida, disocia y proyecta dentro de la madre partes buenas y malas del yo. Cuando la madre contiene las partes más malas del yo, no solamente representa un objeto separado, sino la parte mala del yo. Como estas proyecciones se desvían por los impulsos del niño de dañar y dominar a la madre, el niño en tales situaciones vivencia a la madre como una figura perseguidora. Melanie Klein señala que en los estados psicóticos la identificación del objeto con partes odiadas del yo, contribuye a la intensidad del odio dirigido hacia otros objetos. Naturalmente esto es extraordinariamente importante en el análisis de la esquizofrenia, ya que solamente de esta manera se puede comprender analíticamente la intensidad de la transferencia negativa. En lo que se refiere al yo, esta proyección de partes del yo significa una

disociación excesiva del yo, y estas proyecciones de partes malas al mundo exterior, contribuyen mucho a la debilitación del yo.

En el mismo trabajo Melanie Klein señala que no sólo se proyectan las partes malas, sino también las partes buenas del yo. La proyección de partes buenas del yo sobre objetos externos es, en parte, completamente normal. Sin embargo, cuando la proyección ‘de sentimientos buenos y partes buenas del yo toma un rol preponderante, se establecen sentimientos de pérdida de la personalidad porque el yo vive la pérdida de las partes buenas de la personalidad, como consecuencia de la proyección. También aquí el resultado es un debilitamiento y un empobrecimiento del yo. Melanie Klein señala que de esta manera se pierde la capacidad de amar porque el objeto amado deviene demasiado el representante del propio yo, es decir va a ser amado narcisísticamente y por lo tanto no representa un objeto verdadero.

Volvamos a nuestra paciente. Las dificultades de la paciente para venir al análisis fueron tan intensas durante unos meses que yo creí que el análisis no podría ser continuado y también temía la aparición de un estado esquizofrénico agudo. Lentamente me di cuenta que una parte de este problema estaba relacionado con el hecho de que la paciente proyectaba tantas partes buenas de su yo sobre otros objetos y sobre mí, que en consecuencia, no contenía suficiente “yo” como para proseguir su vida activamente. Ella decía, por ejemplo, “Yo no tengo nada que me ayude a levantarme”. Ella con eso no sólo quería decir que no tenía ningún objeto interno bueno dentro de sí, que le ayudara a levantarse, sino que no tenía suficientes sentimientos buenos en su yo, como para poder funcionar. Gracias al análisis de estos mecanismos de proyección le fue posible a la paciente recuperar, en forma lenta, partes de su yo.

Quiero referirme ahora a una época posterior del análisis, donde las dificultades en la transferencia se intensificaron extraordinariamente. Al comienzo de este período parecía tener algunos sentimientos positivos hacia mí.

Pero éstos fueron disociados más y más y transferidos a una amiga, con la que salía a menudo y que arreglaba invitaciones para ella. Al principio no me dijo nada de esta amistad. La razón de esto parecía residir en la disociación, donde todo lo bueno se proyectaba en un objeto fuera del análisis, y todo lo malo se concentraba en el análisis. Esto no se puso de manifiesto inmediatamente en una transferencia paranoide precisa, sino que empezó a faltar dos días seguidos, después tres días seguidos, y cuando concurría lo hacía con un retardo de 20 a 40 minutos. A veces parecía estar confusa y hablaba en forma incoherente. Pero sobre todo llamaba la atención su olvido de todo lo que se había hablado en el análisis. A veces confesaba lo fuertemente perseguida que se sentía por el analista; ella admitía que no me quería decir nada porque temía que yo iba a transformar todo en malo y sobre todo que le quitaría sus buenos sentimientos. Ella se sentía buena y decía que trataba de seleccionar y ordenar sus problemas; me acusaba de entreverarle todo nuevamente. Cuando yo hacía una interpretación, surgía el mismo temor que al principio del análisis tenía con respecto a la asociación libre. Ella creía y sentía que yo le decía que dejara de pensar en todo lo que pasaba en ella, y vivenciaba mis interpretaciones como un intento de forzar mis propios pensamientos dentro de ella. Su mayor recelo era quedar completamente bajo mi poder, de tal manera que tuviera que pensar exactamente como yo, olvidarse de lo que hubiera pensado antes, y perder su propio yo de esta manera.

En esta misma época surgieron angustias agudas cuando estaba en presencia de otras personas. Ella temía que de repente iba a hablar con una voz extraña y un acento extraño. Esta angustia estaba seguramente relacionada con la psicosis de transferencia y ella temía hablar con mi propia voz y mi acento en vez del suyo.

En este mismo período criticaba a su padre por su egoísmo y su avidez en relación con su madre; y apenas podía hablar con él. A veces aparecían animales de pelaje oscuro en sus sueños, que la atacaban y parecía al principio

que sus angustias estaban en relación con el temor de que un padre malo o un pene malo la penetraran. En la psicosis de transferencia fue bien claro que la fantasía de persecución consistía en que el analista la iba a penetrar para controlarla y robarle, y este temor no se refería solamente a sus bienes internos, por ejemplo sus hijos fantaseados y sus sentimientos, sino que su temor fundamental era sufrir el robo de su propio yo.

En esta época del análisis fue llamada a servicio de guerra la amiga de la cual dependía tanto, y sus dificultades para venir al tratamiento se incrementaron. Me di cuenta de que a veces no estaba lo suficientemente yo-consciente como para venir, para hablar o para actuar de alguna manera. Para levantarse y acostarse a veces demoraba dos horas. También su sensación del tiempo era totalmente confusa. Ella calculaba tan mal el tiempo que a veces recién salía de casa cuando ya debería haber estado en mi casa para el análisis, y su casa estaba ³t de hora de la mía. A veces se sentía mejor integrada y en consecuencia también más yo-consciente. Entonces se podía quejar de que se sentía tan disociada en pedazos. Ella describió el intento de conectar los pedazos sueltos, para poder hablar y pensar.

Quiero volver nuevamente al trabajo de Melanie Klein sobre “Mecanismos esquizoides”, ya que esta situación se describe allí muy claramente: “Otro aspecto de los procesos proyectivos (identificación proyectiva) se manifiesta en la violenta penetración en los objetos y el control de los objetos con partes del yo. Una consecuencia de estos procesos reside en que la introyección es vivida como una violenta penetración de afuera a adentro, como una recompensa por la violenta proyección. Esto puede llevar al temor de que no sólo el cuerpo, sino también todo el pensamiento puede ser controlado en forma hostil por otros objetos. Como resultado puede haber graves alteraciones en la introyección de objetos buenos, alteraciones que impiden por ejemplo todas las funciones del yo y también el desarrollo sexual y que de esta manera pueden conducir a un fuerte retraimiento en un mundo interno.” Melanie Klein describe a continuación el

debilitamiento y empobrecimiento del yo que están en relación con estos incrementados procesos de disociación e identificación proyectiva. Por ejemplo, este yo debilitado es incapaz de asimilar objetos internos y esto lleva a un sentimiento de verse dominado por estos objetos. De la misma manera, este yo debilitado se vuelve incapaz de retomar las partes disociadas que habían sido proyectadas al mundo exterior. Melanie Klein dice expresamente que las diversas alteraciones en el entreacto de proyección e introyección, que he descrito aquí, son el mecanismo básico de ciertas formas de esquizofrenia.

Desde el comienzo del análisis de Mildred me convencía cada vez más que aquí tenía que manejar mecanismos que habían sido descuidados por los analistas hasta entonces. El trabajo de Melanie Klein sobre “Mecanismos esquizoides” me ayudó a comprender mejor estos procesos de disociación del yo, y al poder interpretar con más precisión los procesos de proyección en la transferencia, se percibió claramente una mejoría. Al mismo tiempo se llevó el análisis a planos más profundos. Yo encontré que los sentimientos agresivos, por ejemplo el penetrar agresivo dentro de la madre había sido disociado sobre el padre; y después de algún tiempo apareció claramente en el análisis la relación temprana con la madre. Ella recordó que siempre tuvo el temor de abandonar y agredir a sus amigas. Con su amiga Mary, por ejemplo, habían acordado repartirse el trabajo de las vacas. Mildred quería encargarse de ordeñar y Mary debía ocuparse de la alimentación. Nunca llegaron a trabajar conjuntamente con Mary, ya que Mildred se enfermó, y en el análisis esta situación se volvió tan importante, que ella misma se convenció de que su temor de agredir a Mary fue la causa de su enfermedad en el ejército. Al proseguir con el análisis de esta situación con Mary, apareció que su temor principal era el no levantarse a la mañana para ordeñar las vacas. Ella tenía sueños de que se había olvidado por completo de las vacas por varios días, lo que significaba el desperdicio de la leche buena y nutritiva, y además estaba horrorizada de pensar

el daño que les infligiría con esto a las vacas. Le interpreté que Mary representaba a su madre y las vacas representaban el pecho materno y establecí la relación con la transferencia: porque los problemas con Mary y las vacas mostraban un evidente parecido con la situación transferencial; faltó varios días del análisis y me dejó esperando. Esto significaba que yo representaba a la madre y al pecho materno en esta situación, y que ella de esta manera repetía en el análisis los ataques sádicos contra el pecho materno. La elaboración de estos sentimientos sádicos en la situación transferencial, evidenció claramente que los síntomas esquizoides de despersonalización y disociación del yo surgían cuando tenía la ocasión de experimentar envidia o frustración. Parecía como si sus sentimientos destructivos, en vez de ser reconocidos como agresión por su yo para que ella pudiera expresar su odio contra un objeto externo, se dirigían contra sus propios sentimientos libidinosos y contra su propio yo, cosa que llevaba, por un lado, a la desaparición de libido y otros sentimientos, y al mismo tiempo producía *una* disociación del yo que provocaba múltiples alteraciones en el funcionamiento de su yo. Por otra parte, como ya traté de explicar anteriormente, partes agresivas de la paciente fueron disociadas y proyectadas sobre, o más bien dentro del analista. En el punto culminante de la situación paranoide en la psicosis transferencial, apareció que la paciente temía que el analista la penetrara de la misma manera agresiva y peligrosa como venganza frente a sus propios ataques y proyecciones.

La elaboración transferencial de estas situaciones tempranas de angustia tuvieron como resultado una considerable mejoría en el estado de la paciente.

El análisis de este caso se prolongó sólo tres años. En ese momento Mildred había mejorado a tal punto que pudo enamorarse y casarse. Su marido vivía en el extranjero y el tratamiento tuvo que ser interrumpido. No tuve noticias de ninguna recaída en los últimos 10 años.

Quiero referirme en detalle a algunos aspectos. Mencioné mi observación

de que en el caso de Mildred los síntomas esquizofrénicos siempre surgían cuando ella experimentaba envidia o frustración. Melanie Klein ya en trabajos anteriores y sobre todo en conversaciones personales había señalado la importancia de la envidia temprana hacia el pecho materno. Pero recién en una conferencia mucho más tardía, en el Congreso Psicoanalítico en Ginebra (1955), habló con extensión sobre la importancia de la envidia temprana. Entre otras cosas, aclaró que la envidia excesiva influía desde el comienzo la relación de objeto del lactante con la madre y el pecho materno. Señaló que la envidia excesivamente fuerte puede impedir el establecimiento de una relación verdaderamente buena con el pecho materno, ya que la envidia trae una considerable desvalorización del objeto envidiado. Además insistía en que la envidia excesiva frecuentemente acrecentaba la disociación en el yo en la época más temprana de la vida y a veces es totalmente disociado, ya que es vivenciada como insoportable por el yo temprano. De este proceso emanan más adelante una serie de trastornos que influyen considerablemente el futuro desarrollo del yo.

A pesar de que durante el análisis de Mildred no pude reconocer completamente la importancia de la envidia, quiero sin embargo señalar ahora que los ataques sádicos contra el pecho materno, que se manifestaban en su comportamiento con Mary y también con el analista, seguramente tenían su origen en la envidia. En la historia de Mildred no se mencionaba ninguna alteración en la temprana relación de pecho con la madre. Al contrario, la madre insistía en que Mildred como lactante lloraba muy poco y era un bebé especialmente bueno, un dato que es frecuente encontrar en pacientes esquizoides y esquizofrénicos. En otros artículos anteriores he tratado de explicar por qué a pesar de la aparente ausencia de dificultades externas o ataques agresivos contra el pecho, en la situación analítica estos impulsos y fantasías surgen a la superficie en forma tan intensa. Una de mis tesis era que los ataques sádicos contra el pecho sólo existían en la fantasía del lactante,

mientras que el temor de morir de hambre por una parte, y fuertes sentimientos de persecución por otra parte, obligan al niño a aceptar alimento. Naturalmente que en esas condiciones no se puede establecer una relación satisfactoria con el pecho. Quisiera agregar ahora que yo creo que estos sentimientos sádicos ocultos tienen su origen en la envidia. El motivo por el cual en algunos lactantes estos sentimientos de envidia no aparecen en ninguna forma, como lo sería por ejemplo el rechazo del pecho u otras dificultades en la alimentación, debe estar relacionado con la disociación de esta envidia temprana. Es nuevamente Melanie Klein la que señaló la importancia de esta envidia disociada como una de las causas fundamentales de las psicosis, en especial de la esquizofrenia. Yo trataré de ilustrar un poco más esta situación de envidia temprana, ya que parece bastante increíble que ya un lactante experimente envidia, por lo cual esta situación es pasada por alto tan fácilmente en el análisis.

Una de las principales reacciones que aparecen en la transferencia al analizarse la situación de envidia temprana, es la incapacidad del paciente de aceptar algo bueno del analista (que en ese momento representa a la madre en la situación de amamantar), porque en el instante en que el paciente se da cuenta de que el analista contiene cosas buenas y por lo tanto puede darle algo bueno en la interpretación, se movilizan sentimientos de envidia. Como consecuencia de esta envidia el paciente rechaza completamente la interpretación y la desvaloriza. Esto puede desorientar mucho al analista inexperto que puede tener dudas sobre la validez de su interpretación. En la resistencia corriente contra las interpretaciones se debe calcular que lleva tiempo elaborarla a ella y al material analítico. Sin embargo, casi siempre se encuentra la comprobación de lo correcto de la interpretación, poco tiempo después. Cuando la envidia es muy fuerte, puede durar meses y meses hasta que el paciente acepte algo o demuestre haber aceptado algo. Esta reacción extraordinariamente negativa es una expresión típica de la envidia.

Lo bueno que ofrece el analista a través de las interpretaciones, inmediatamente se desvaloriza o se convierte en malo por la envidia. Cuando la interpretación es reconocida como buena y verdadera por el paciente, no puede, sin embargo, ser aceptada como buena ya que la envidia impide adoptar una buena interpretación como objeto bueno y así reconocer una mejoría. ⁽²⁾ Cuando se logra analizar suficientemente las tendencias de desvalorización, de tal manera que el paciente pueda aceptar algo bueno y establecer una mejoría, vuelven a aparecer sentimientos de envidia que llevan a una desvalorización de la interpretación, y como consecuencia, a una reacción terapéutica negativa.

Estas reacciones negativas son de duración extraordinariamente larga en los análisis de algunos esquizofrénicos y constituyen uno de los mayores obstáculos.

Naturalmente que a veces la envidia corresponde al problema de castración o de la envidia del pene. Pero si la envidia temprana hacia el pecho materno tiene un papel fundamental en el análisis, entonces es necesario elaborar en detalle en la transferencia esta envidia. De vez en cuando aparecen trastornos en la alimentación, espasmos gástricos, inapetencia, síntomas éstos que ayudan al analista a llegar al origen oral de la envidia. Pero estas líneas de orientación son todavía insuficientes.

Otro aspecto clínico muy importante en el análisis de la envidia que señala Melanie Klein, es un super-yo temprano que contiene fuertes rasgos de envidia. En la transferencia el paciente se siente continuamente perseguido por un analista envidioso que no le permite aceptar nada bueno, que le quita todo lo bueno, o que quiere conservar todo lo bueno para sí, para desvalorizar y hacer malo al paciente. Quiero señalar que los impulsos sádicos y los sentimientos de persecución de Mildred, en el punto culminante de la situación transferencial

² Por ejemplo, el paciente puede expresar la desvalorización de la buena interpretación por envidia, de la siguiente manera: Es cierto lo que Ud. dice, pero cómo me va a ayudar eso a mí. Son Sólo palabras, charlatanería, etc.

paranoide, contenían fuertes trazos de envidia. Quiero hacer recordar que ella decía que trataba de juntar todo lo bueno y que yo se lo quitaba y la confundía. Llegó a acusarme de quitarle su personalidad, su yo y de transformarlo en malo. Ahora lo interpretaría de la siguiente manera: ella sentía que yo estaba tan envidioso de todo lo que ella poseía, que se lo quería quitar y separar en dos. Su otro pensamiento de persecución: que debía olvidar todo lo que estaba pasando y que debía pensar en otra cosa, estaba seguramente relacionado con su sensación de que yo solo consideraba importante mis propios pensamientos y que quería desvalorizar los suyos.

A juzgar por estas experiencias, ahora analizarla mucho más en detalle en la situación transferencial los ataques envidiosos sobre el pecho materno y el super-yo envidioso de la paciente. Lo terapéuticamente importante en la interpretación de la situación de envidia no es sólo la conscientización de los sentimientos de envidia, sino la movilización de los sentimientos de amor cuyo desarrollo había sido impedido por la fuerte envidia. El análisis exitoso de la situación de envidia aumenta la capacidad de amar y de esta manera posibilita la curación.

La excesiva envidia todavía actúa de otra manera más en los esquizofrénicos. Melanie Klein señaló que en el lactante normal, que experimenta amor y odio al pecho materno, se establece una disociación para mantener separados el objeto bueno y el objeto malo.

Esta disociación o separación de lo bueno y lo malo es posible solamente cuando el pecho bueno puede ser experimentado como bueno por el lactante durante un tiempo más largo.

Cuando la envidia excesiva obstaculiza los sentimientos buenos hacia el pecho, la situación de poseer el pecho bueno no puede ser experimentada en forma suficientemente intensa y duradera como para separar el cuadro del pecho bueno del pecho malo. En estas circunstancias, ya aparecen estados confusionales

en el lactante. Estos estados confusionales, que adoptan un papel importante en la esquizofrenia aguda, muy probablemente constituyen una regresión a las confusiones de la más temprana infancia cuando no se puede diferenciar lo bueno de *lo* malo. En un trabajo publicado en 1950: “Consideraciones sobre la psicopatología de los estados confusionales en las esquizofrenias crónicas” he señalado que los esquizofrénicos mezclan los objetos buenos y malos, lo que puede llevar a situaciones de disociación completamente anormales para volver a separar aquello que se había mezclado demasiado. Melanie Klein ahora señaló, en su trabajo sobre Envidia (1955) la importancia de la envidia en los estados confusionales de la temprana niñez y de la esquizofrenia. (3)

³ Quiero señalar aquí que las investigaciones de Melanie Klein sobre mecanismos esquizoides y disociación del yo (1946) y también su trabajo sobre la envidia temprana (A Study of Envy and Gratitude, 1955), son una profundización del trabajo sobre la posición paranoide y depresiva que publicó en el año 1935.

RESUMEN

En este trabajo traté de dar, por medio de un caso relativamente fácil de esquizofrenia, una introducción a los problemas del tratamiento de la esquizofrenia. Al mismo tiempo traté de describir la influencia y la estimulación que surgió del trabajo de Melanie Klein para el tratamiento de esta enfermedad. No me fue posible tratar en este 'artículo el tratamiento de las esquizofrenias agudas que se ven en los hospitales. En este aspecto, debo remitirles a otros trabajos míos. Lo que quiero acentuar aquí es que todos los pacientes esquizofrénicos que he tratado, los he encontrado capaces de establecer una transferencia positiva y una transferencia negativa. La dificultad reside en comprender la manera en que el esquizofrénico expresa sus sentimientos negativos y positivos en la transferencia. Lo que antes se consideraba como transferencia ausente, se puede considerar ahora como una reacción de defensa contra las situaciones de persecución, como un apartamiento de un objeto externo hacia un objeto interno, como un estado de identificación proyectiva y como consecuencia de una disociación del yo. Naturalmente demora mucho tiempo hasta que un esquizofrénico reaccione notoriamente, aun cuando se trate de interpretaciones correctas. Muchas veces he tratado de demostrar que hasta un esquizofrénico agudo, alucinado, puede comprender las interpretaciones y reaccionar notoriamente. La observación y la comprensión correcta de la situación transferencial en la esquizofrenia es frecuentemente muy dificultosa y complicada. No obstante, creo que si un psicoanalista tiene el talento, la capacidad de observación y la paciencia necesaria, un análisis de esquizofrénico puede llevar a muchas e interesantes observaciones nuevas, frecuentemente a la mejoría del paciente y a veces quizás a su curación.

Traducido por:

MAGDALENA DORIS STEINER

BIBLIOGRAFIA

W. R. BION, London: New Directions in Psychoanalysis, Tavistock Publications Ltd. Language and the Schizophrenic, 1954.

SIGMUND FREUD: Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia, 1911. Sigm. Freud, Ges..Werke..

MELANIE KLEIN: 1935, A Contribution to the Psychogenesis of Manic Depressive States, Int. J. Psychoanal. 16 contributions to Psychoanalysis.

—1946, Notes on some Schizoid Mechanisms, Int. J. Psychoanal, 27, p. 99

—1948, A contribution to the Theory of Anxiety and Guilt, Int. J. of Psychoanal. 29, 114.

—1955, Contribution to the Problems of Envy and Gratitude (Read at Int. Psychoanalytic Congress Geneva 1955).

HERBERT ROSENFELD: 1947, Analysis of a Schizophrenic State with Depersonalization, Int. J. Psychoanalysis, 28, 130.

—1949, Remarks in the Relations of Male Homosexuality to Paranoia, Paranoic Anxiety and Narcissism, Int. J. Psych-Anal., 30, 36.

—1950, Note on the Psychopathology of Confusional States in Chronic Schizophrenies, Int. J. Psych. Anal. 31.

—1951, Transference Phenomena and Transference Analysis in an Acute Schizophrenic Patient, Int. J. Psych. Anal., 33, 3.

—1952, Notes on the Psychoanalysis of the Superego Conflict of an Acute Schizophrenic Patient, Int. J. Psych. Anal. 33.—1955,

Zur Psychoanalytischen Behandlung akuter und chronischer Schizophrenie, Psyche, H. 3, 1955.

HANNA SEGAL: 1950, Some Aspects of the Analysis of a Schizophrenic, Int. J. Psycho-Analysis, 31, 268.

HARRY STACK SULLIVAN: 1931, The Modified Psychoanalytic Treatment of Schizophrenia, Amer. J. Psychiat. II.

Fenómenos transferenciales y análisis de la
transferencia en un caso de esquizofrenia catatónica aguda (¹)

HERBERT ROSENFELD

LONDRES

Hasta hace poco la mayoría de los analistas se abstenían de tratar pacientes esquizofrénicos, en la creencia de que el esquizofrénico es incapaz de establecer una transferencia. La experiencia propia me enseñó que en este caso nos hallamos frente no a una ausencia de transferencia, sino al difícil problema del reconocimiento e interpretación de los fenómenos transferenciales esquizofrénicos. Puede tener valor el examinar en primer lugar las observaciones de otros analistas.

Freud (1911 y 1914) y Abraham (1908) puntualizan con toda claridad que, en su opinión, el esquizofrénico es incapaz de establecer una transferencia, debido a su regresión al nivel auto-erótico del desarrollo. Explican esto exponiendo que en el primerísimo nivel infantil (que ellos llaman fase autoerótica) no existe aún conciencia de un objeto. Algunas afirmaciones de Freud sin embargo, parecen contradecir el concepto de fase autoerótica en la que no existe relación con un objeto; ésta por ejemplo, en **El Yo y el Ello** (1923): “Muy al principio de la fase oral primitiva de la existencia del individuo, la catexia de objeto y la identificación pueden difícilmente distinguirse una de otra”. De esta ulterior opinión suya podemos concluir que reconoció la existencia de la catexia de objeto en la temprana infancia.

¹ “Transference-Phenomena and Transference-Analysis in an Acute Catatonic Schizophrenic Patient”. Trabajo publicado en *The International Journal of Psycho-Analysis*, 1952, tomo XXXIII, parte 4, pp. 457-464.

No obstante, Freud nunca dio indicación alguna de haber cambiado de opinión respecto a la falta de transferencia en la esquizofrenia (quizá por no haber tenido ulterior experiencia con este tipo de pacientes).

Nunberg (1920) tuvo oportunidad de observar un paciente esquizofrénico durante largo tiempo. La descripción de Nunberg es muy ilustrativa y su mismo paciente relaciona la mayoría de sus vivencias con la transferencia. Nunberg dice que la transferencia se estableció mayormente en el *nivel* anal homosexual, pero su trabajo también proporciona una descripción clara de relaciones de objeto en el nivel oral. En el punto máximo de la transferencia oral sádica el paciente perdió interés por el analista como objeto externo; la relación de objeto interna fue sin embargo, aparentemente conservada. Nunberg mismo sugiere que el paciente era capaz de recuperar ocasionalmente su objeto devorándolo y describe lúcidamente los síntomas y vivencias del paciente luego de haber “devorado al analista en su imaginación”.

Mary O'Malley (1923) describe las reacciones transferenciales positivas y negativas en sus pacientes esquizofrénicos. Barkas (1924) afirma que en los pacientes esquizofrénicos la transferencia negativa y positiva es de naturaleza violenta. Laforgue (1936) expone el análisis exitoso de una niña esquizofrénica. Al principio del análisis la paciente desarrolló tan extrema angustia que era incapaz de permanecer con el analista más de unos pocos minutos, escapándose luego hacia la sala de espera. Mediante el análisis perseverante de la transferencia negativa gradualmente disminuyó la angustia de la paciente y ésta pudo hablar libremente, desarrollando una evidente transferencia positiva. Federn (1943) señala que el esquizofrénico desarrolla una transferencia negativa y positiva. Recalca que los pacientes esquizofrénicos sólo pueden ser tratados

en la transferencia positiva, la que necesita ser alentada constantemente. No interpreta la transferencia positiva ni la transferencia negativa e interrumpe el tratamiento cuando aparece una transferencia negativa. Rosen (1946, 1947, 1950) afirma que todos sus pacientes esquizofrénicos mostraron fuertes transferencias positiva y negativa, a las que manejó mediante el reaseguramiento y la interpretación. Otros analistas de Norte América que trataron pacientes esquizofrénicos, como Harry Stack Sullivan, Fromm Reichmann, Robert Knight, y colaboradores, describen la importancia de la transferencia en la esquizofrenia y concluyen que el lactante es capaz de establecer una relación de objeto desde el nacimiento. Eissler (1951) recalcó recientemente que el esquizofrénico responde a casi cualquier acercamiento psico-terapéutico simpatizante, factor este que se debe, según él, a la aguda conciencia que posee el esquizofrénico del “proceso primario” en la mente de los demás. Eissler sin embargo, no reconoce que esta peculiaridad del esquizofrénico constituya un fenómeno transferencial que puede estar ligado a determinada relación de objeto primitiva.

En Inglaterra, las investigaciones de Melanie Klein acerca de las más tempranas fases del desarrollo infantil mucho alentaron los analistas en el estudio de estados psicóticos de diversa gravedad. Halló pruebas de que, desde el nacimiento, el lactante desarrolla una relación de objeto con objetos externos y, mediante la introyección, con objetos internos. Reconoce la importancia del autoerotismo y del narcisismo, pero mucho aportó a la comprensión de estos fenómenos mediante la hipótesis de que incluyen el amor hacia el objeto internalizado. Con su trabajo “Nota sobre los mecanismos esquizoides”, contribuye a la psicopatología de la esquizofrenia. En él describe los mecanismos esquizoídes empleados por el lactante como defensa contra la angustia que, en los niveles más tempranos del desarrollo, es de tipo paranoide. Melanie Klein llama este período “posición esquizo-paranoide”. Está de acuerdo con Freud en que el esquizofrénico sufre una regresión al nivel infantil

más temprano, el de los primeros meses de vida, pero sus puntos de vista acerca de este periodo difieren de los de Freud.

En el presente trabajo me propongo a) mostrar que en un caso de esquizofrenia aguda el paciente fue capaz de establecer una transferencia positiva y negativa, b) que es posible interpretar los fenómenos transferenciales al paciente esquizofrénico y c) que a veces las respuestas del paciente esquizofrénico a las interpretaciones pueden ser claramente percibidas. Además, deseo atraer la atención sobre una observación mía: el paciente esquizofrénico que presento aquí así como todos los demás pacientes esquizofrénicos que he estudiado mostraron muy claramente una forma determinada de relación de objeto; en efecto, tan pronto se acercan a cualquier objeto con amor u odio, parecen confundirse con ese objeto, debiéndose esto no sólo a la identificación por introyección sino a impulsos y fantasías de entrar dentro del objeto con la totalidad o partes de su persona, a fin de controlar al objeto. Melanie Klein sugiere aplicar el nombre de “identificación proyectiva” a estos procesos. La identificación proyectiva, complementaria de la introyección del objeto, arroja alguna luz sobre la dificultad del lactante en distinguir entre “yo” y “no yo” y explica varios fenómenos comúnmente llamados autoeróticos o narcisísticos. También está relacionada con los procesos de disociación del yo, descritos por Melanie Klein en 1946 y por mí mismo en 1947. Los impulsos y fantasías de hacer entrar por fuerza la persona dentro de un objeto puede considerarse como el tipo más primitivo de relación de objeto, existente desde el nacimiento. Pueden colorear las pulsiones orales, anales, uretrales y genitales y, de esta manera, influir en las tempranas relaciones con los objetos y aún en las posteriores. En mi opinión, jamás logró el esquizofrénico completar la más temprana fase del desarrollo a la que pertenece esta relación de objeto, y, en el estado esquizofrénico agudo, regresa a aquel nivel temprano. La gravedad del proceso depende de un factor cuantitativo, vale decir, de la proporción del yo y de las fuerzas instintivas involucradas en esta regresión.

Las defensas del yo contra los impulsos a introducirse por fuerza en otros objetos tienen también gran importancia en la esquizofrenia; no las expongo sin embargo detalladamente en este trabajo. El negativismo, por ejemplo, constituye una de estas defensas. En mi trabajo “Analysis of a Schizophrenic State with Depersonalization” (1947) me refiero a una paciente cuya actitud negativa hacia todo lo concerniente al analista cedió cuando empezamos a comprender su temor paranoide de que el analista penetrara por fuerza en ella, por lo que hubiera perdido su identidad. Mediante su actitud negativa la paciente se defendía contra sus activos deseos de amor, porque estos estaban relacionados con impulsos y fantasías de introducirse por fuerza dentro del analista para robarlo y vaciarlo. También se defendía en esta forma del temor a perderse a sí misma dentro de él. ⁽²⁾ Anna Freud describe un material clínico muy similar en su trabajo “Negativism and Emotional Surrender”. ⁽³⁾ Halla que el negativismo de la paciente del caso estaba relacionado con el temor a vivenciar sentimientos de amor hacia la analista porque esto equivalía a una rendición y por lo tanto sería “invadida” por la analista. Anna Freud sugiere que estos procesos pueden remontar a los primeros meses de vida, que están posiblemente ligados a la introyección y pueden estar relacionados con la esquizofrenia. ⁽⁴⁾

El material clínico que expongo en este trabajo pertenece a un esquizofrénico muy grave, de veinte años de edad, que traté mediante el psicoanálisis durante cuatro meses.

² En el trabajo arriba mencionado relaciono mis observaciones clínicas con el concepto de Melanie Klein de identificación proyectiva (“Notes on Some Schizoid Mechanisms”, *Int. J. Ps.-A.*, XXVII, 1946). (“Notas sobre algunos mecanismos esquizoides”, *Rev. de Psicoanal.* Buenos Aires, 1948, VI-1, N. del T.).

³ Leído en el XVII Congreso Internacional de Psicoanálisis, Amsterdam, agosto de 1951.

⁴ Estas observaciones y sugerencias de Anna Freud, virtualmente idénticas a algunos aspectos del concepto de Melanie Klein de “identificación proyectiva” constituyen una de las indicaciones de la creciente corroboración (proveniente de distintos círculos psicoanalíticos) del concepto de Melanie Klein de procesos introyectivos y proyectivos tempranos, angustias paranoides y mecanismos esquizoides; concepto este que es parte integrante de sus contribuciones a la teoría de los estadios tempranos del desarrollo.

Este paciente estaba enfermo desde tres años atrás cuando lo vi por primera vez. Sufría alucinaciones, se sentía confuso y era a veces violento. Habíanle efectuado 90 comas insulínicos y varios electroshocks.

El administrador del sanatorio para enfermos mentales donde vivía el paciente lo describía como uno de los peores casos de esquizofrenia jamás enfrentado por él. Se decía que era peligrosamente impulsivo, retraído, y, por momentos, prácticamente mudo. Ni los médicos ni las enfermeras habían podido entablar contacto con él. Sin embargo, cuando dos colegas analistas lo vieron en consulta, pudieron establecer cierto contacto y tuvieron la impresión de que podía tentarse un tratamiento psicoanalítico. Inicié el tratamiento al principio de ese mismo año. Durante unos quince días fue traído en auto a mi consultorio; después lo vi en el sanatorio donde se le cuidaba. El análisis fue interrumpido a los cuatro meses por los padres, quienes vivían en el extranjero; es de lamentar esta interrupción pues habíase realizado una buena parte de labor analítica. Desde el principio del tercer mes el paciente tenía períodos de razón que duraban varias horas, fuera de las sesiones; pero era evidente que pasarían aún algunos meses antes de que pudiera esperarse un progreso estable.

El rasgo más importante y notable del análisis de este paciente en apariencia totalmente inaccesible y retraído reside en el interés que demostró desde el primer momento hacia el analista y el procedimiento analítico. A partir de la primera sesión misma hubieron señales claras de una transferencia positiva y en la tercera sesión se manifestó una violenta transferencia negativa. Mi propio acercamiento fue analítico en la medida en que interpreté buena parte de lo que podía comprender de las palabras del paciente y que, siempre que fuera posible (y lo era a menudo), el material analítico fue relacionado con la situación transferencial. El paciente respondía a menudo de manera notable con alivio o ansiedad; solía confirmar directa o indirectamente lo que yo decía y a veces me corregía. Puede decirse que el procedimiento analítico en este caso fue en lo esencial el mismo que en los casos de neurosis. No obstante no utilicé el diván.

Expondré en fecha ulterior algunos ligeros ajustes de la técnica que fueron a veces necesarios, por ejemplo el uso de los informes de las enfermeras. Sólo recalcaré aquí que jamás usé reaseguramiento directo alguno en el acercamiento. El material presentado por este paciente era sin embargo, más difícil de comprender que en los casos de neurosis; a veces debía entender e interpretar rápidamente un material muy escaso. En un estadio ulterior el análisis se asemejó al análisis de juego.

A fin de dar una descripción más clara del comportamiento de este paciente, de su manera de hablar y sus respuestas a mis interpretaciones, transcribiré con algún detalle la mayor parte de las cuatro primeras sesiones y de una sesión ulterior. Antes de la primera sesión un colega había informado al paciente que sería visto regularmente por mí todos los días, excepto los domingos.

Cuando el paciente encontré a solas conmigo por primera vez, se sentó en una silla; parecía muy perplejo y confuso. Transcurridos unos minutos, logró decir una única palabra: “RESURRECCION”. Luego nuevamente pareció sentirse confuso. Dije: “Resurrección significa volver a vivir”. Me miró de manera directa y dijo: “¿Es usted Jesús?”. Dije que Jesús podía hacer milagros y que él esperaba que yo le haría bien en una forma milagrosa. Pareció entonces angustiado y vacilante y luego de considerable silencio mencionó el nombre del doctor A., quien lo había tratado por medios físicos durante más de un año. Luego de otra larga pausa dijo: “Catolicismo”. Interpreté que él había creído en el doctor A. y que se sentía defraudado porque el tratamiento había fracasado. Entonces replicó enfáticamente: “Los rusos eran nuestros aliados”. Contesté que él sentía que el doctor A. había sido un aliado y que ahora habíase vuelto contra él, y temía que yo también pudiera pasar a ser de aliado, enemigo. Dijo entonces claramente: “Es cierto”. Se volvió más razonable y hablador y mencionó algunos de sus problemas sexuales, la circuncisión por ejemplo, que él pensaba ser una forma de revancha, y dijo: “No comprendo el amor y el odio”. Más

adelante dijo: “Había un niño en la escuela”; luego de una pausa, prosiguió: “Se sentaba detrás mío; lo malo era que. .. otro niño se sentaba a su lado”. Interpreté que empezaba a quererme como había querido al niño en la escuela; pero me quería para sí y se daba cuenta de que yo tenía otros amigos y pacientes. Asintió pero pronto se mostró inquieto, se levantó de la silla y dijo: “Uno debe salir en seguida. Mejor es que me vaya ahora”, y luego dijo entre dientes: “Necesito una sierra”. Pensé que tenía miedo de sus celos de los demás pacientes y que quería irse de manera a evitar el odiarme y atacarme. Se lo señalé, pero siguió mostrándose inquieto hasta el final de la hora.

Recapitulando los rasgos salientes de esta sesión: este paciente muy enfermo y confuso trató casi en seguida de relacionar su presente vivencia conmigo a una vivencia anterior en términos de una relación personal. El médico que había interrumpido el tratamiento, de amigo y aliado se había convertido en enemigo, en su imaginación. Al preguntarme si yo era Jesús, aparentemente pensaba que yo era una persona omnipotente; más adelante dio señales de haber establecido una transferencia en un nivel homosexual. La angustia de dejarme y la necesidad de una sierra no fue suficientemente comprendida en la primera sesión, pero implicaba su incapacidad de separar de mí partes de su persona. En conjunto, era indudable su interés por mí como objeto.

Al principio de la segunda sesión, el paciente parecía bastante más confuso que durante la primera y preocupado por alucinaciones. No se fijó en mí y miraba alrededor del cuarto de manera perpleja, tratando de fijar los ojos en un punto y luego en otro. Parecía estar totalmente fuera de contacto conmigo. Luego de cierto tiempo interpreté que me había perdido y que trataba de encontrarme nuevamente. Dijo con claridad: “No es cierto” y prosiguió la búsqueda alrededor del cuarto. Recordando su observación acerca de la sierra al dejarme la vez anterior, interpreté que sentía que se había perdido a sí mismo y que se estaba buscando en mi cuarto. Su expresión se volvió casi de inmediato

menos confusa y me miró de manera directa, diciendo: “Uno debe hallar sus propias raíces”. Algo más tarde dijo: “No sé si está bien que yo lo quiera **demasiado**”. Interpreté que temía que al quererme demasiado entrara directamente en mí y perdiera sus raíces y su persona. Replicó: “Quiero seguir mi propio camino tranquilamente”. Después de esto quedó totalmente inmóvil por espacio de unos diez minutos. Cuando lo interrogué me dijo que tenía miedo de moverse. Luego de una pausa dijo que sentía un peso sobre los hombros y agregó rápidamente, mirándome: “Es más liviano ahora”. Señalé que quería decirme que deseaba desembarazarse del peso rápidamente.

En la primera parte de esta segunda sesión, el paciente parecía totalmente retraído en un mundo privado, olvidándose de mí y ocupándose únicamente de sus alucinaciones visuales. Corrigió una interpretación de transferencia, referente a su pérdida de mí; pero respondió a una interpretación de que habíase perdido a sí mismo. Es evidente que esta última interpretación constituía también una interpretación de transferencia, si se tiene en cuenta que el paciente sentía que al quererme demasiado se había perdido a sí mismo en mi cuarto, símbolo de mí mismo. El estado de retraimiento en apariencia narcisístico estaba claramente relacionado con la identificación proyectiva. Lo que significaba el peso sobre los hombros y cómo habíase aligerado tan rápidamente no me resultaba claro, pero la expresión del rostro del paciente indicaba que el peso tenía algo que ver conmigo, vale decir, que mediante la introyección yo me había vuelto un peso interno para él.

Al principio de la tercera sesión, el paciente estaba muy inquieto y reía mucho en una forma agresiva y provocativa. También se preocupaba por las alucinaciones y cuando no se reía de mí, me ignoraba. Al principio no parecía posible el contacto con el paciente: éste no decía nada. Al observar su comportamiento noté que hacía movimientos con las manos, como si me estuviese echando a un lado. Interpreté entonces que él quería demostrarme que el tratamiento ya no servía de nada. Dijo de inmediato, riendo agresivamente

con más fuerza aún: “No sirve de nada” haciendo movimientos con las manos como si todo hubiera terminado. Señalé que había esperado una curación maravillosamente rápida y que, defraudado y rabioso, sentía que me había destrozado y que había hecho que ni yo ni el tratamiento sirvieran ya de nada. Después de esto cambió la expresión de su rostro, pareciendo atemorizado y desconfiado; cuando le hablé, saltó de su asiento como si le hubiese atacado. Interpreté que se sentía atontado y confuso y que me culpaba por sentirse tal mal. Se sentía atemorizado cuando yo hablaba porque creía que yo, agresivamente, ponía palabras en él para confundirlo. Esa era la razón por la que se cerraba frente a mí y trataba de no advertir mi presencia. Debí repetir interpretaciones de este tipo varias veces, hablando en forma muy pausada y clara. Al rato se sintió menos atemorizado y habló de colores. Señaló mi cuaderno de apuntes, de color azul, y dijo que era marrón. Consideré esto como un gesto de cooperación, destinado a mostrarme con más claridad lo que él sentía, vale decir, que su ataque me había transformado en heces y que, como venganza, yo ponía en retorno la confusión (heces) en él.

La violenta transferencia negativa surgiendo al principio del tratamiento constituye el rasgo saliente de esta sesión. Su risa expresaba un ataque sádico contra mí y un triunfo sobre mí. Su ataque anal me había transformado en perseguidor. Esta situación de persecución era repetida con frecuencia en distintas formas, y más adelante se hizo evidente que el ataque no podía interpretarse como meramente anal. Dije que al finalizar la sesión anterior había hablado de un peso sobre sus hombros. En sesiones posteriores apareció que el peso sobre los hombros representaba todos los problemas que estaban en su interior, sus objetos introyectados, angustias, depresiones, persecuciones y su propia persona mala; y sus fantasías de colocar ese peso sobre mí o dentro de mí eran siempre sentidas por él como un ataque violento hacia mí en el que no sólo

era yo transformado en heces sino también en su propia persona mala. ⁽⁵⁾ Otro punto que me limitaré a señalar es el hecho de que cada vez que el paciente sentía haberse liberado de su peso, no sólo sentíase perseguido por mí sino que le parecía que había colocado su peso en innumerables personas, de modo que tenía la impresión de estar disociado y dividido en muchos hombres que se convertían todos en perseguidores. Se quejaba entonces de ser perseguido, y también de haber perdido partes de su propia persona.

Otro rasgo importante de esta sesión consistía en el retraimiento del interés del paciente. La falta de interés mostrada por los esquizofrénicos y su retraimiento son con frecuencia atribuidos a su autoerotismo únicamente; en esta sesión sin embargo, y más adelante, resultó evidente que el retraimiento del mundo exterior estaba relacionado con el temor a la persecución. Cuando el objeto externo que representaba al mundo había sido atacado, el mundo era sentido no solamente como destruido sino que el mundo exterior y los objetos que lo representaban se convertían en perseguidores. De esta manera, pues, el retraimiento del interés por el mundo exterior era usado como defensa contra los perseguidores internos.

Resultó una experiencia muy ilustrativa para mí el darme cuenta de que este paciente quien, al iniciar la sesión, era totalmente inaccesible, parecía comprender las interpretaciones de sus temores a la persecución y responder a ellas en la situación transferencial. Hacia el final de la sesión, su risa había cesado completamente y parecía mucho menos alucinado.

En la cuarta sesión parecía estar mejor; sin embargo al principio me confundió con el doctor A. Dijo varias veces: “Esto sucedió antes” o “Eso pasó la última vez”. Interpreté su angustia de que todo se repitiera y de que yo

⁵ Una vez que el paciente sintió haberse desembarazado de su persona mala así como de su culpa y angustia, proyectándolas en el analista, su comportamiento presentó rasgos de *negativismo* durante varios días en los que rehusó comer y beber. Expongo más detalladamente esta parte del análisis y los mecanismos utilizados por el paciente en mi trabajo: “Notes on the Psycho-Analysis of the Super-ego Conflict of an Acute Schizophrenic Patient”. (Traducido en Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1953, X-3: “Observaciones sobre el conflicto del superyo en una forma aguda de esquizofrenia”. N. del T.).

también lo dejara, como lo había hecho el doctor A., y lo que significaba para él que yo me volviera contra él. Entonces vinculé las angustias persecutorias de la sesión anterior con la situación en la realidad. Le expliqué que cuando el doctor A. había interrumpido el tratamiento él había pensado que, agresivamente, el doctor A. lo había dejado en un estado de confusión. Sentía esto como retaliación por haber hecho que el tratamiento del doctor A. no sirviera de nada, en la misma forma en que el día anterior me había mostrado que mi tratamiento no servía de nada. El paciente dio repetidas señales de haber comprendido mis interpretaciones y al finalizar la sesión dijo: “Quiero hacer todo por ayudar”.

Recordarán ustedes que durante la primera sesión misma el paciente me había prevenido acerca de sus temores de persecución y que luego había dicho: “Los rusos **eran** nuestros aliados”. En esta sesión las sospechas del paciente podían relacionarse con la vivencia anterior del tratamiento previamente efectuado. Las angustias persecutorias del paciente referentes a su abandono fueron más adelante relacionadas con tempranas vivencias de la realidad, particularmente con la madre, quien lo había dejado llorar horas seguidas cuando era un bebé.

Podemos resumir que en esta sesión el paciente continuó elaborando su transferencia negativa. El temor de repetir vivencias anteriores y la repetición efectiva de vivencias anteriores en la transferencia constituyen por supuesto uno de los factores más importantes de cualquier análisis de transferencia.

Transcribiré ahora otra sesión ulterior (a las cinco semanas de iniciar el tratamiento) a fin de ilustrar con más detalle algunos de los aspectos de la relación de objeto en este paciente que se repitieron en la transferencia. Dije al principio que el hogar del paciente se hallaba en el extranjero; su padre lo había traído a Inglaterra para ser tratado. Dos días antes de la sesión que expongo ahora el padre había partido de regreso al hogar. Al principio de la sesión el

paciente parecía algo confuso, pero, sin esperar comentario o ayuda de parte mía, dijo claramente: “Confundido” y cuando lo interrogué, agregó: “con mi padre”. Luchó por hallar palabras y dijo: “Debí haberme quedado más tiempo”. (6) Le señalé que estaba mostrando hasta qué punto estaba “confundido” con el padre, pues obviamente quería decir que su *padre hubiera* debido permanecer más tiempo. De inmediato prosiguió: “El doctor A. se suicidó, por medio de la psiquiatría, quiero decir”. Señalé que también confundía al doctor A. consigo mismo. Al interrumpir el doctor A. el tratamiento, el paciente había estado deprimido y había pensado en suicidarse, pero sentía que había colocado su persona deprimida y con ideas de suicidio dentro del doctor A. Relacioné esto con la partida del padre y le recordé que a menudo había manifestado el temor de que yo lo dejara. Dijo entonces: “Ateísmo”. Interpreté que él quería decirme que ya no podía creer en nadie después de haberse sentido defraudado por la partida del padre, en esta y anteriores ocasiones. Poco a poco se mostró sin embargo más interesado y vivaz, su actitud hacia mí se hizo más amistosa y confidencial, como queriendo explicarlo todo.

Dijo: “Si uno va hasta el final del camino, no puede recuperar todo”. Interpreté entonces que cuando quería a alguien y creía en él (o ella) deseaba ir hasta el final del camino, lo que significaba ir dentro de la otra persona y mezclarse y confundirse con ella. También sentía que cuando se había colocado en alguna otra persona, le era difícil salir de nuevo. Le dije que para él era muy

⁶ El paciente de Nunberg sentíase a veces confundido con éste. En esas ocasiones hablaba de Nunberg como si él y su analista fueran una única y misma persona. Por ejemplo, el paciente decía: “Quiero *irme*” en lugar de “Quiero que usted se vaya”. Nunberg llegó a la conclusión de *que* se había producido una identificación narcisística. Dice que en esta fase el *deseo del objeto* conduce a la desaparición de la distancia entre el yo y el objeto. El paciente se había posesionado del objeto y lo había incorporado al yo. En mi opinión la introyección de un objeto externo por sí sola no lleva a la confusión con el objeto. En todos los casos de confusión de objeto y sujeto que pude observar hasta ahora, había tenido lugar una identificación proyectiva, agregada a la identificación introyectiva. El deseo de penetrar dentro de un objeto es determinado no sólo por el deseo omnipotente de eliminar la distancia entre el sujeto y el objeto, sino también de desembarazarse del “tiempo” como explicó ulteriormente el paciente esquizofrénico cuyo caso expongo aquí. La distancia al objeto o la separación del objeto está íntimamente ligada a la conciencia del pasar del tiempo, porque tan pronto como se desea un objeto, se exige la gratificación *inmediata* de este deseo.

importante que yo comprendiera cuánto de sí mismo había colocado en mí y que ésta era una de las razones por las que temía ser abandonado, porque temía perderme no sólo a mí sino a sí mismo. Asintió enérgicamente y me miró de nuevo diciendo en tono de confianza: “Un hombre huesudo come mucho” e “hizo movimientos masticatorios. Le dije que me estaba previniendo acerca de su voracidad y mostrábame que en su deseo amoroso de entrar en mí, me devoraba. Pronunció entonces gran cantidad de palabras, refiriéndose a su patria y habló de colores. Aparecía claramente que necesitaba recalcar su abandono y que los distintos colores representaban distintos aspectos de su persona; hecho éste que ya habíamos entendido anteriormente. Preguntó entonces: “Cómo se relaciona el color rosado con todo esto?” Dado que el color rosado había llegado a ser la palabra clave de deseos orales del pene, lo que había sido analizado y discutido repetidamente, resultaba claro que los impulsos de entrar dentro de mí estimulaban sus deseos orales homosexuales. Se levantó del asiento y, encontrando una jarra llena de agua, bebió de ella; se reclinó luego haciendo movimientos de succión y masticación. Mientras esto hacía, parecía totalmente retraído. Interpreté que al beber fantaseaba que lo hacía de mi pene y que lo masticaba. Sugería que sus deseos de penetrar dentro de mí estimulaban sus deseos de mí pene. En su estado de retraimiento estaba confundido conmigo porque no sólo sentía que estaba dentro de mí sino también que estaba devorándome a mí, y a mi pene, al mismo tiempo. Nuevamente se volvió más atento; parecía escuchar con cuidado y asintió varias veces.

En esta sesión el paciente ilustra con más claridad la relación de objeto que había empezado a comprender en la segunda *sesión*. Mostraba ahora *que los* deseos orales eran los que predominaban en sus impulsos a entrar dentro de un objeto; lo que el paciente con sus palabras llamaba “ir hasta el final del camino”. Esto lo condujo a un estado de confusión que el propio paciente pudo esta vez describir. Cuando el estado de confusión y el estado de disociación eran más severos, el paciente se volvía incapaz de hablar y otras funciones del yo,

como la coordinación de movimientos, presentaban serios trastornos.

La tendencia a dejar partes de su persona dentro del analista constituía un aspecto importante de la transferencia tratado en esa sesión. Es importante que el analista comprenda esto porque las interpretaciones de los procesos de identificación proyectiva y de disociación capacitan gradualmente al paciente para “recuperarse a sí mismo” — utilizando las propias palabras de mi paciente —, lo que constituye una necesidad del proceso de integración del yo.

El estado en apariencia auto-erótico en que entró el paciente al finalizar la hora constituye otro punto interesante. Todo el material de la sesión sugería que en el estado de retraimiento estaba introyectándose a mí y a mi pene y que al mismo tiempo estaba proyectándose a sí mismo dentro de *mí*. De modo que sugiero aquí nuevamente que es a veces posible detectar una relación de objeto en un estado aparentemente autoerótico.

En posteriores sesiones el paciente a menudo diferenció con más claridad los objetos dentro de sí de partes de su persona que penetraban o estaban dentro de su objeto; en otras palabras, sólo en una etapa ulterior del tratamiento fue posible distinguir entre los mecanismos de introyección de objetos y de identificación proyectiva, que con frecuencia obran simultáneamente.

RESUMEN

En este trabajo me he concentrado en ciertos aspectos solamente de este caso. Mi intención es mostrar cómo *en un caso de* esquizofrenia grave, con gran retraimiento, el paciente fue capaz de establecer una transferencia positiva y negativa; esta transferencia pudo ser observada e interpretada al paciente y éste respondió a las interpretaciones de la transferencia positiva y *negativa*. Trato asimismo de mostrar que el estado de retraimiento del paciente esquizofrénico no puede ser considerado tan sólo como una regresión autoerótica. El

retramiento del esquizofrénico puede constituir una defensa contra los perseguidores externos, o puede deberse a la identificación con un objeto por introyección y proyección. En el estado de identificación, que puede ser vivenciado por el paciente como confusión, éste tiene conciencia de estar mezclado con alguna otra persona (su objeto). Otro objetivo de este trabajo consiste en ilustrar la regresión de este paciente esquizofrénico a un estadio de la temprana infancia para el que Melanie Klein sugirió el nombre de “posición esquizo-paranoide”. El paciente da muestras de una relación de objeto en la que tiene impulsos y fantasías de introducirse por fuerza a sí mismo o partes de su persona dentro del objeto; esto lo conduce a estados de confusión, de disociación del yo, a la pérdida de su persona y a estados de persecución con pronunciadas alucinaciones visuales y auditivas.

La relación de objeto y los mecanismos desarrollados a partir de ésta y vinculados a ella tienen un importante significado en muchas otras neurosis y psicosis; tienen empero un significado especial para la totalidad del grupo de las esquizofrenias.

Sugiero que la más amplia comprensión de la identificación proyectiva empieza a abrir un campo nuevo de investigación; en este trabajo traté de mostrar cómo esto hizo posible comprender e interpretar los fenómenos transferenciales en este paciente esquizofrénico.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM, KARL** (1908). “The Psychosexual Differences between Hysteria and Dementia praecox”, *Selected Papers*, Hogarth Press, London. (“Diferencias psicosexuales entre histeria y demencia precoz”, Rev. de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1946, IV - 2).
- BARBARA, P. A.** (1944). — “Positive Transference in Schizophrenia”, *Psychiatric Quarterly*, 18, pp. 674 - 686.
- BARKAS, M. R.** (1924). — “Treatment of Psychotic Patients in Institutions in the Light of Psycho-Analysis”, *Journal of Neurol. and Psych.*, 5, 1924 - 25, p. 333.
- EISSLER, K. R.** (1951). — “Remarks on the Psycho-Analysis of Schizophrenia”, *Int. J. Ps-A.*, 32, part 3, p. 139.
- FEDERN, PAUL** (1943). — “Psycho-Analysis of Psychoses”, *Psychiatric Quarterly*, 17, 3 - 19, 246 - 257, 470 - 489.
- FREUD, S.** (1911). — “Psycho-Analytic Notes upon an Autobiographical Account of a Case of Paranoia”, *Collected Papers*, 3, Hogarth Press, London. (“Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito”).
- (1914). — “Introducción al Narcisismo”.
- (1923). — *El yo y el ello* (trad. 1927), Hogarth Press, London.
- I'ROMM - REICHMANN, FRIEDA** (1943). — “Psycho-Analytic Psychotherapy with Psychotics”, *Psychiatry*, 6, 277 - 279.
- (1948). — “Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psycho-Analytic Psycho-therapy’~, *Psychiatry*, 11 3, pp. 263 - 273.
- KLEIN, MELANIE** (1935). — “A Contribution to the Psychogenesis of Manic Depressive States”, *Int. J. Psycho-Anal.*, 16, y *Contributions to Psycho--Analysis*. (Traducido en Rev. de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1947, ~

“Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos”).

— (1946). “Notes on Some Schizoid Mechanisms”, *Int. J. Psycho-Analysis* 27, p. 99 (trad. en Rev. de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1948, VI- 1:

“Notas sobre algunas mecanismos esquizoides).

KNIGHT, ROBERT (1946). — “Psycho-therapy of an Adolescent Schizophrenic with Mutism’, *Psychiatry*, 9, N° 4.

LAFORGUE, R. (1936). — “A Contribution to the Study of Schizophrenia”, *Int. J. Psycho-Anal.* 17.

LANDAUER, KARL (1914). — “Spontanheilung einer Katatonie”, *Int.Zeitsch. f. Ps-A.*, 2.

NUNBERG, HERMAN (1920). — “On the Catatonic Attack”, *Practice and Theory of Psychoanalysis*. (New York: 1948).

— (1920). — “The Course of the Libidinal Conflict in a Case of Schizophrenia”, *Practice and Theory of Psychoanalysis* (New York: 1948).

O’MALLEY, MARY (1923). “Transference and some of its Problems in Psychoses’, *Psychoanal Review*, 10.

ROSEN, JOHN (1946). — “A Method of Resolving Acute Catatonic Excitement”, *Psychiatric Quart.*, 20, 2, p. 183.

(1947). — “The Treatment of Schizophrenic Psychoses by Direct Analytic Therapy”, *Psychiatric Quart.*, 21, 1, p. 3.

— (1950). — “The Survival Function of Schizophrenia”, *Bull. Menninger Clinic*, 14, 3, p. 81.

ROSENFELD, HERBERT (1947). — “Analysis of a Schizophrenic State with Depersonalization”, *Int. J. Ps.-A.*, 28, p. 130.

— (1949). — “Remarks on the Relation of Male Homosexuality to Paranoia, Paranoid Anxiety and Narcissism”, *Int. J. Ps. A.*, 19.

— (1950). — “Notes on the Psychopathology of Confusional States la Cronic Schizophrenics”, *Int. J. Ps.-A.*, 31 (trad. en e) presente número de Revista Uruguay de Psicoanálisis. pp. 32 - 44

— (1952). — “Notes on the Psycho-analysis of the Super-ego Conflict of an Acute Schizophrenic Patient”, *Int. J. Ps.-A.*, 33 (trad. en Rev. de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1953, X -3: “Observaciones sobre el conflicto del superyo en una forma aguda de esquizofrenia”).

SEGAL, HANNAH (1950). — “Some Aspects of the Analysis of a Schizophrenic”, *Int. J. Ps-A.*, 31, p. 268.

SULLIVAN, HARRY STACK (1931). — “The Modified Psychoanalytic Treatment of Schizophrenia”, *Amer. Journal Psychiatry*, 11.

TAUSK, VICTOR (1919). — “On the Origin of the “Influencing machine” la Schizophrenia” (trad. 1933), *Psycho-anal. Quart.*, 2, p. 519 (trad. en Rev. de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1945, 11-3: “Sobre el origen del “aparato de influencia” en la esquizofrenia”).

Traducido por

PAULETTE MICHON FERRAN

Nota sobre la psicopatología de los estados confusionales en esquizofrenias crónicas (¹)

HERBERT ROSENFIELD

LONDRES

I — INTRODUCCION

En el curso de los últimos diez años traté por medio del psicoanálisis varios pacientes esquizofrénicos, algunos de ellos de muy larga data. Mi propósito era no solamente obtener resultados terapéuticos sino descubrir algo más de la psicopatología de este grupo patológico. Para lograr este propósito adherí a la situación analítica regular, desviándome lo menos posible de la técnica empleada en el tratamiento de pacientes neuróticos pues creía, y creo aún, que sólo en esta forma es posible ampliar nuestro conocimiento de la psicopatología de la esquizofrenia.

Este trabajo trata de la psicopatología de los estados confusionales que pude investigar en el transcurso del análisis de pacientes esquizofrénicos crónicos. Los sentimientos de confusión forman parte del desarrollo normal (²) y constituyen un rasgo corriente en muchos estados patológicos. Pero en el proceso esquizofrénico los estados confusionales graves parecen desempeñar un papel importante; también noté que el estado confusional era seguido ya de un progreso, ya de un desmejoramiento del estado de mis pacientes.

¹ Trabajo leído en el XVI Congreso Internacional de Psicoanálisis de Zurich, agosto de 1949, y publicado en *The International Journal of Psycho-Analysis*; tomo XXXI, partes N° 1 y 2, 1950.

² Podemos suponer que en la más temprana infancia, el niño vive en un estado de no-integración (Winnicott, 1945) en el cual la percepción es incompleta y los estímulos externos e internos, los objetos externos e internos y las partes del cuerpo pueden a menudo no ser diferenciados. Esta confusión debida a la no-integración es normal y desaparece gradualmente durante el desarrollo. Debemos también tener presente que todo progreso en el desarrollo puede conducir momentáneamente a cierta confusión hasta tanto se produzca un nuevo ajuste.

Emplearé el material de un paciente esquizo-paranoico crónico para ilustrar mis puntos de vista. Se trata de un pintor de cuarenta años de edad (en 1948), homosexual manifiesto. ⁽³⁾ A partir de 1933 había desarrollado delirio de referencia y persecución. En 1946 había iniciado el tratamiento analítico con un colega masculino, experimentando una rápida mejoría. A los tres meses se produjo un cambio súbito en su estado. Abandonó el tratamiento, empezando al *poco* tiempo a actuar como si hubiera sido una joven prostituta homosexual. A veces hacía creer a sí mismo y a los demás que era obrero agrícola. Trataba de eliminar totalmente de su memoria y de su personalidad el hecho de que era pintor. Cuando, más adelante, empezó a oír voces, éstas discutían entre otras cosas su edad y sus distintas personas, en particular si era una prostituta o un pintor. Este estado en el que oía voces y confundía realidad y fantasía se hizo tan serio que' debió ingresar a un hospital para enfermos mentales, en el verano de 1947, permaneciendo allí tres meses. En marzo de 1948 inició e] tratamiento conmigo, en mi consultorio.

Expondré ahora algunos conceptos con que se relacionan mis observaciones. Melanie Klein ⁽⁴⁾ descubrió cómo el niño a partir de la más temprana infancia proyecta sus pulsiones libidinales en un pecho que siente ser bueno, y sus pulsiones agresivas en un pecho que siente ser malo. El pecho bueno y el pecho malo son introyectados y el lactante los siente como estando a la vez fuera y dentro de él. El pecho bueno constituye el prototipo de todos los objetos buenos ulteriores mientras que el pecho malo, sentido como perseguidor, constituye el prototipo de todos los objetos perseguidores subsiguientes, como ser los excrementos malos, el pene malo y así sucesivamente. Durante los primerísimos meses de vida, que constituyen lo que

³ En un trabajo anterior (1949) expuse más detalladamente la historia de este paciente. Aquí sólo agregaré que éste fue destetado a los quince días y que al principio la alimentación con biberón presentó dificultades.

⁴ Ver en particular Melanie Klein (1935, 1946, 1948).

Melanie Klein denomina posición paranoide, el lactante mantiene separados entre sí el pecho bueno y el pecho malo. Ocasionalmente se presentan estados de integración, cuando el amor y el odio llegan a ser vivenciados hacia un único y mismo pecho, las pulsiones constructivas atenuando y controlando las pulsiones destructivas.

Deseo agregar algunas observaciones experimentales a los mencionados conceptos, y sugiero que bajo determinadas condiciones externas e internas, si llegan a predominar momentáneamente las pulsiones agresivas, pueden surgir estados en los que las pulsiones de amor y odio así como los objetos buenos y malos no logran ser mantenidos separados y son por lo tanto sentidos como mezclados o confundidos. Estos estados confusionales infantiles sin estados de desintegración y se relacionan con los estados **confusionales esquizofrénicos de los adultos** que describo en este trabajo. El estado confusional se halla asociado a una angustia extrema porque, al confundirse las pulsiones libidinales y destructivas, estas últimas parecen amenazar con destruir las primeras. Por lo tanto la persona entera se halla en peligro de destrucción. El único escape a este peligro radica en la capacidad para diferenciar entre el amor y el odio. De no lograrse la diferenciación normal, son reforzados los mecanismos de disociación. ⁽⁵⁾

⁵ En este trabajo concentro mis observaciones principalmente en la confusión de las pulsiones agresivas y libidinales. Sólo señalo la confusión entre las diferentes partes del cuerpo y la confusión entre fantasía y realidad. No expongo en este trabajo la confusión surgida a través de la proyección del yo o de partes solamente del yo en otros objetos, la que constituye un factor importante de la frecuente pérdida de identidad en los esquizofrénicos. En 1949 expuse el caso de un paciente paranoico (Caso C) quien tenía suma dificultad en diferenciarse de su analista. Por ejemplo tuvo un sueño donde un profesor alemán, montado en una motocicleta, trataba de dividirse a sí mismo en dos, chocando contra un poste de barrera. El análisis mostró que la tentativa de dividirse en dos era efectuada para escapar al estado de confusión causado por el sentimiento del paciente de estar completamente mezclado con la personalidad del analista. (El analista era de origen germano y el paciente acababa de solicitar una cátedra).

II — CONFUSION DE PULSIONES

Trataré en primer lugar de ilustrar lo que entiendo por confusión de pulsiones. A menudo hallamos en los esquizofrénicos una confusión de pulsiones y objetos que hace surgir no un estado confusional agudo sino una confusión de carácter más crónica, que puede manifestarse por trastornos del lenguaje, trastornos locomotores o inhibiciones serias de otras actividades.

Cuando este paciente empezó el tratamiento conmigo estaba totalmente inhibido en sus actividades artísticas. Después de algún tiempo admitió que achacaba a su primer análisis la culpa de esta dificultad, muy penosa para él. Me explicó que al principio de su primer análisis había empezado a pintar más. El analista, al comentar los colores sombríos de algunos cuadros que le había mostrado, los relacionó en sus interpretaciones con la preocupación del paciente por las heces y su deseo de embadurnar con ellas. El paciente pensaba que a raíz de esta interpretación habíase vuelto poco a poco incapaz de pintar

Quiero explicar aquí porqué incluyo en este trabajo varias manifestaciones del paciente acerca de su análisis anterior, a pesar de que es totalmente imposible saber si el primer analista había interpretado exactamente en la forma que le atribuía el paciente. Algunas de estas interpretaciones parecen muy plausibles pero sugiero que eran inexactas en un sentido similar al que Glover da a este término en su trabajo sobre el efecto terapéutico de las interpretaciones inexactas.⁽⁶⁾ En el caso de mi paciente sin embargo no había efecto terapéutico causado por una interpretación inexacta; por lo contrario, se sentía intensamente perseguido por ella. En el tratamiento conmigo, el paciente me puso a prueba *una y otra vez para ver si yo haría interpretaciones* similares a las del primer

⁶ En su trabajo, Glover (1931) expone lo que entiendo por interpretaciones “inexactas”. Sugiere que el interpretar fantasías genitales sin tratar de descubrir las fantasías anales, constituirla una interpretación “inexacta”. En el caso de mi paciente, el interpretar su preocupación por las heces simplemente como una actividad autoerótica sin tratar de descubrir las fantasías anales libidinales y agresivas relacionadas con los objetos, constituirla una interpretación inexacta.

analista, de manera pues que debí volver repetidas veces sobre ciertas interpretaciones que el paciente atribuía al primer análisis y tratar de comprender porqué las sentía él tan peligrosas.

Muy al principio del análisis de este paciente conmigo, me impresionaron sus fuertes pulsiones constructivas asociadas con fantasías sobre las heces. Por ejemplo, estudiaba varios tipos de abonos para mejorar la tierra de su jardín. El jardín y la tierra eran claros símbolos de su madre, a la que había atacado y herido en la realidad y en su imaginación y había querido restaurar. En los sueños y asociaciones, las pulsiones agresivas relacionadas con las fantasías de heces malas y envenenadas estaban continuamente confundidas con fantasías libidinales acerca de heces buenas. Tan pronto como el paciente, ayudado por las interpretaciones del analista, pudo diferenciar las fantasías y símbolos de heces buenas y malas, y las pulsiones libidinales y agresivas relacionadas con aquellos, comenzó a pintar de nuevo. La inhibición parecía deberse a la confusión en sus fantasías de heces buenas y malas y de pulsiones libidinales y agresivas. Sus críticas del primer analista por haber provocado su inhibición para pintar, significaban que lo acusaba de no haber diferenciado en sus interpretaciones las heces buenas de las malas, lo que equivalía a mezclar y confundir las heces buenas y malas y las pulsiones relacionadas con ellas en la mente del paciente. Volveré más adelante sobre esta acusación contra el analista a propósito de un sueño.

III — EL MECANISMO DISOCIATIVO ACTUANDO COMO DEFENSA CONTRA EL ESTADO CONFUSIONAL

Explicué más arriba que si la diferenciación normal entre objetos buenos y malos así como entre pulsiones libidinales y agresivas no se logra, son reforzados los mecanismos disociativos. Por ejemplo, como resultado de la confusión entre el pecho bueno y el pecho malo, la fantasía de pecho bueno

puede ser proyectada hacia afuera y el pecho malo perseguidor fantaseado, identificado con heces malas, puede ser guardado enteramente dentro del paciente. Este mecanismo fue utilizado por mi paciente para escapar a un estado confusional, que trataré ahora de exponer. Este estado se produjo durante un espectáculo de variedades. Finalizado éste, el paciente tuvo un sentimiento de irrealidad y se sintió perseguido por sus voces. Dos comediantes se hallaban sobre el escenario y uno de ellos simulaba ser presa de intenso cólico. Se agarraba el vientre y corría por el escenario, buscando obviamente oportunidad de aliviarse. Entró entonces en una pequeña cabaña que representaba un retrete. Se oyeron ruidos anales provenientes de allí. Al reaparecer a la vista, el comediante agitaba triunfalmente un gran trozo de ruibarbo que llevaba en la mano, gritando:

“Salvé el ruibarbo”. En ese instante el paciente se sintió completamente confundido y, al contarme por primera vez el espectáculo, me dijo “que no había comprendido el chiste, pues la pequeña choza en el escenario debía ser una cocina: no podía ser otra cosa”. Con frecuencia el paciente había tenido sueños donde alimentos y heces estaban confundidos con boca y ano. La escena había aumentado su confusión entre objetos parciales, especialmente el pecho bueno interno y las heces malas. A fin de separar nuevamente el pecho bueno de las deposiciones malas, había proyectado al exterior el pecho bueno, lo que causó la ilusión de una cocina, pero produciéndole al mismo tiempo un sentimiento de irrealidad; la existencia del retrete, relacionada con las heces malas, debía ser negada en la realidad externa, pero su sentido interno de persecución y sus voces perseguidoras (relacionadas aquí con las heces malas) se hicieron más fuertes.

IV — CONFUSION DE PARTES DEL YO

Describiré ahora un sueño donde vemos que dos partes del yo del paciente fueron confundidas. En la época de este sueño el paciente se hallaba en un estado de angustia y confusión porque estaba convencido de que otro hombre, sumamente egoísta, ávido y tiránico, trataba de dominarlo y destruirlo.

En este sueño el paciente se encontraba en un recinto, observando varias langostas de mar que yacían unas al lado de otras. De repente, una de las langostas trepó sobre otra y la tragó completamente. Al poco rato el paciente vio un objeto absolutamente horrible, parecido a un esqueleto o a los huesos de un tórax, corriendo sobre el piso. Pensó que aquella “criatura” era las dos langostas y le dio caza para matarla. Sentía tener que matarla, pero también pensaba que era insoportablemente horrible.

Las langostas de mar hacían recordar al paciente a sí mismo, pues a menudo se había identificado con una langosta de mar anteriormente. A través de otras asociaciones, comenzamos a darnos cuenta de que el hombre por quien se sentía perseguido en aquel entonces representaba una parte de su propia persona, identificada con pulsiones oral-sádicas. Su angustia y confusión eran debidas al sentimiento de que su persona mala estaba devorando una parte buena de sí mismo, identificada con pulsiones libidinales. La tentativa de matar a la criatura en el sueño representa un mecanismo disociativo esquizoide, por el que las partes de su persona irremediabilmente mezcladas son eliminadas. Otras asociaciones revelaron que los trozos de tórax se referían no sólo a partes de su persona sino a un objeto, es decir, el pecho, que el paciente siente haber incorporado y destruido en sus fantasías oral-sádicas. Hay por lo tanto otra razón para que la “criatura” fuera tan insoportablemente horrible, pues el pecho destruido es en efecto sentido como un perseguidor interno. Al analizar procesos de disociación del yo, es frecuente darse cuenta que las distintas partes del

yo disociadas son identificadas con objetos introyectados buenos o malos. (7)

V — ESTADO CONFUSIONAL QUE SURGE EN UNA TENTATIVA DE CURACION

Haré ahora algunas sugerencias acerca de cómo un estado confusional agudo puede surgir en una tentativa de curación. Recordaré que Freud (1911, 1924) (8) sugiere que varios síntomas esquizoides constituyen tentativas de curación, concepto que vi confirmado repetidas veces. Ninguno de los estados confusionales que describo (el sueño de las langostas de mar y el espectáculo de variedades) se aclaró mediante la mayor capacitación del paciente para establecer la diferencia entre sus pulsiones libidinales y agresivas, sino mediante el fortalecimiento de los mecanismos disociativos. Esto implica que existió un desmejoramiento momentáneo del estado del paciente porque si los mecanismos disociativos se fortalecen, aunque desaparezca el estado confusional, se intensifican los procesos de desintegración del yo. Al principio del tratamiento, debí por lo tanto concentrarme en el análisis de los procesos disociativos, que no puedo ahora exponer más detalladamente.

Cada vez que se debilitan los procesos disociativos, ya sea espontáneamente o mediante el análisis, las pulsiones libidinales y las pulsiones agresivas se hacen más activas. Las pulsiones libidinales ayudan al yo en su lucha por una mejor integración y por la síntesis de sus objetos internos. De ser exitosos estos procesos, el resultado sería la curación. Sin embargo, en los momentos en que

⁷ Por más detalles sobre los mecanismos disociativos, ver Klein (1946) y Rosenfeld (1947).

⁸ Freud (1911) dice a propósito del caso Schreber: “El sistema delirante que consideramos un producto patológico, es en realidad una tentativa de curación, un proceso de reconstrucción.”

En su trabajo *Neurosis y Psicosis* (1924) dice: “En la descripción clínica de las psicosis, a menudo las manifestaciones de procesos patogénicos son oscurecidas por aquellas que resultan de una tentativa de curación o reconstrucción”

hay acercamiento de las pulsiones libidinales y agresivas, surge el peligro particular de un estado confusional agudo, porque las pulsiones agresivas pueden predominar y submergir las pulsiones libidinales y el yo.

Existen dos razones principales para que predominen las pulsiones agresivas cuando progresa el análisis en pacientes esquizofrénicos.

En primer lugar, una gran cantidad de energía agresiva es utilizada en mantener los procesos disociativos. Al debilitarse éstos, la energía agresiva es liberada y puede temporariamente ser excesiva.

En segundo lugar, con la disminución de los procesos disociativos, las pulsiones libidinales son liberadas y buscan satisfacción inmediata. La frustración de estas pulsiones libidinales también contribuye al fortalecimiento de las pulsiones agresivas.

Trataré de aclarar este problema exponiendo algunos sueños de una etapa posterior del tratamiento de este paciente. En aquella época hacía firmes progresos. En determinado momento del análisis de estos sueños pareció ser momentáneamente submergido por sus pulsiones agresivas y apuntó el peligro de recurrencia del estado esquizofrénico agudo sufrido tres años antes. Estos sueños nos ayudaron a comprender y prevenir el desastre que amenazaba.

Primeramente soñó que todas las Navidades estaban ligadas y que estrechaba la mano de una mujer que padecía su misma enfermedad, es decir, la esquizofrenia. En el segundo sueño, una mujer estaba hirviendo y mezclando heces viejas y nuevas en una cacerola. El paciente se preguntaba si podría él distinguir las distintas heces. El análisis de estos sueños prosiguió durante varias semanas. En su primer asociación relacionada con el sueño de Navidad hizo una descripción de lo que llamaba su “año de locura”. Nos dimos cuenta entonces de que el período en que se comportaba como una prostituta homosexual estaba ligado a determinada época de su infancia en la que la relación con los padres era buena, y a una etapa de la adolescencia en que los despreciaba. Más adelante

él sugirió que en su imaginación había transformado a sus padres en gentes sencillas del campo. En su opinión, esas gentes llevaban una vida sexual libre. Al mismo tiempo, en esta forma se burlaba del snobismo de sus padres. El estrechar la mano de la mujer paranoide era un gesto amigable hacia ella, pero al mismo tiempo significaba que había hecho de ella una enferma como él, poniendo en ella su propia enfermedad. En todas estas asociaciones están activas las pulsiones libidinales y agresivas pero el paciente las diferencia claramente. Retorna a aquellas épocas de su vida en que su actitud hacia sus padres era amigable y a aquellas en que era agresivo hacia ellos. Permite que sus padres tengan una vida sexual libre, pero al mismo tiempo los humilla y se burla de ellos al transformarlos en campesinos. (9) Se interesa por una mujer enferma, pero agrega su propia enfermedad a la de ella al hacerla una con él.

Volvamos ahora al sueño de la mujer que hacía hervir heces. La mezcla de heces en una cacerola significa que las heces son tratadas como si fueran alimento. El paciente piensa primero en su anterior análisis. Sugiere que el primer analista había a menudo interpretado su preocupación por el pecho, partes de sí mismo y heces, simplemente como una preocupación por las heces. Criticaba al analista por haber en esta forma mezclado comida y heces y haberlo alimentado con esa mezcla. En el sueño el paciente trata de distinguir las heces nuevas y viejas que está mezclando la mujer. Esto indica un progreso bien definido. Durante el primer análisis y al principio del tratamiento conmigo, el paciente tragaba por así decir cualquier interpretación que se le daba. Nunca había la menor crítica por parte suya. Ahora su capacidad para criticar empieza a desarrollarse, según aparece en este sueño.

La sesión fue seguida de un fin de semana donde tuvo un sueño en el que su madre estaba borracha y peleaba con su padre. En la segunda parte de este sueño aparecía una mujer colgando de una cuerda alrededor del cuello, en un

⁹ De hecho, muchos de los delirios y voces del paciente estaban relacionados con esas gentes del campo.

retrete, y él corría a salvarla. En la realidad su madre jamás bebe demasiado mientras que él, a veces, lo hace con exceso, de manera pues que ha proyectado agresivamente su persona mala dentro de su madre, la hace suicidarse y luego trata de salvar a ambos. Al principio se negó a asociar, diciendo que no valía la pena analizar ese sueño porque había realmente vivido ese sueño. Puesto que en él había matado a su madre y se había matado, la afirmación de que lo había vivido significaba que estaba perdiendo el control de sus pulsiones agresivas y que sentía que la muerte de su madre y la suya se iban haciendo reales. De ser esto cierto, ya no valía la pena analizar el sueño porque la tentativa de curación, el rescate de la mujer en el sueño, estaban condenados al fracaso. Hacia el final de la sesión, volvió el sueño de la Navidad. Dijo: “Se reciben regalos en Navidad, sus interpretaciones para mí son regalos, pero como Ud. hace esto todos los días, el tiempo queda eliminado, de modo que hay en realidad una sola Navidad, y todas las Navidades son una; por eso estaban todas juntas en el sueño”. Agregó que durante la Navidad que siguió al fin de su análisis anterior, estaba completamente loco y que había hablado asociando libremente.

Aquí el paciente confundía regalos y locura e indicaba que no podía distinguir si yo lo enloquecía o lo hacía mejorar. La observación acerca de las asociaciones libres y de su locura parece relacionarse con el análisis anterior, que confundía con el actual. Interpreté que él sentía que su análisis anterior lo había enloquecido y que en ese momento, a pesar del mayor insight actual, me transformaba agresivamente en la mujer que hervía deposiciones en una cacerola y me confundía con su yo malo, su madre mala y su análisis anterior que significaba locura. A consecuencia de ello estaba empezando a confundir la fantasía y la realidad, las situaciones pasadas y presentes y todo parecía transformarse en una sola cosa. El paciente replicó que por la mañana había pensado que estaba viendo al anterior analista en todas partes: en los trenes, en los autobuses y en la calle, y había tenido miedo de enloquecer nuevamente.

El ulterior análisis de este estado confusional reveló un ataque oral-sádico y

anal hacia su madre y su pecho, durante el cual ella era tragada, desmenuzada y mezclada con heces. El paciente trataba de restaurar la madre destruida y su pecho, y las partes del yo mezcladas con ellos; pero agobiadoras pulsiones agresivas interferían continuamente, impidiendo la reparación. Fuertes angustias paranoides se relacionaban con esta situación porque el pecho destruido mezclado con heces malas se había transformado en un perseguidor interno, que atacaba y confundía al paciente desde adentro. Esto uníase a angustias relacionadas con la madre real, a sus tempranas dificultades en la alimentación y a las angustias del aprendizaje de la limpieza.

Estos factores eran importantes para el manejo de la situación de transferencia analítica. El paciente consideraba cualquier interpretación inexacta ⁽¹⁰⁾ por parte del analista, como prueba de que su ataque contra éste había tenido éxito. El analista era sentido como destruido y transformado en perseguidor. El paciente temía que, a manera de retaliación, el analista, sádicamente, uniera confundiéndolos su mente, su yo y los objetos, lo que significaba que iba a enloquecerlo. Es posible que en caso de ser erradas e inexactas varias interpretaciones del analista, la fantasía del paciente de que su analista lo persigue se vuelva completamente real y que sean activados los procesos persecutorios y confusionales. Esta puede ser una de las formas en que un estado confusional esquizofrénico agudo se manifieste en el análisis. Durante y luego del análisis de estos dos sueños, retrocedieron los estados confusionales y en que oía voces y mejoró su contacto general con la realidad.

¹⁰ Ver Edward Glover (1931).

VI — CONCLUSIONES Y RESUMEN

Resumiré brevemente los principales puntos que traté de presentar en este trabajo. Al observar estados confusionales en el transcurso del análisis de pacientes esquizofrénicos crónicos, me impresionó especialmente el hecho de que estos pacientes eran incapaces de distinguir entre sus pulsiones libidinales y agresivas, y sus objetos buenos y malos. Sentían que sus pulsiones y objetos se hallaban en un estado de confusión. También el yo estaba involucrado en este estado de confusión, lo que traté de ilustrar mediante un sueño de mi paciente donde la confusión de dos partes del yo era representada bajo forma de una parte de la persona tragando a la otra, de manera que resultaba imposible distinguirlas una de otra.

Además pude observar dos maneras de sobreponerse al estado confusional. En la primera, el yo recupera el poder de diferenciar las pulsiones libidinales y agresivas, de lo que resulta una mejor integración y un progreso clínico. En la segunda, fracasa la diferenciación normal entre las pulsiones agresivas y libidinales y subsiguientemente aparecen nuevos mecanismos disociativos o se refuerzan las tendencias disociativas existentes. Di dos ejemplos que ilustran los mecanismos disociativos subsiguientes a la confusión. Una vez activada la disociación, desaparecen la angustia y la confusión, pero del punto de vista clínico existe un desmejoramiento del estado del paciente, puesto que la disociación causa la desintegración progresiva del yo. El estado confusional es propenso a presentarse cuando disminuyen los procesos disociativos, ya sea espontáneamente, ya por obra del análisis; las pulsiones libidinales y agresivas se hacen más activas pues las últimas pueden predominar momentáneamente e interferir en la tentativa de curación.

Expondré brevemente mi hipótesis acerca del estado confusional que puede presentarse al fracasar la tentativa de curación.

Melanie Klein mostró que la disociación de los objetos y del yo es característica de la posición paranoide, mientras que la posición depresiva es introducida a través de un debilitamiento de los procesos disociativos que permite el acercamiento de las pulsiones libidinales y agresivas. En esta forma las pulsiones libidinales ayudan a modificar y controlar el peligro que representan las pulsiones agresivas y pueden comenzar a desarrollarse los sentimientos de reparación.

Cuando un paciente esquizofrénico progresa, muéstranse más abiertamente sus tendencias reparativas. Sus pulsiones libidinales se van relacionando con fantasías de reparar su yo y sus objetos externos e internos que había atacado y destruido en sus fantasías agresivas y que él siente despedazados. En caso de tentativa de curación exitosa, las pulsiones libidinales, relacionando correctamente entre sí los distintos pedazos, logran la restauración del yo y de sus objetos.

No obstante, si llegan a predominar momentáneamente las pulsiones agresivas, el proceso de reparación puede ser interferido en una forma particular. Las pulsiones libidinales logran reunir los pedazos de los objetos y del yo, pero las pulsiones agresivas impiden que esos pedazos sean ordenados y unidos correctamente. En el peor de los casos los objetos y el yo son reunidos, pero en forma totalmente desordenada y defectuosa. El resultado es un estado confusional que puede ser descrito por el mismo paciente, o diagnosticado por un observador únicamente, quien halla al paciente confundido, desorientado y carente de insight.

Traté de ilustrar este proceso reparativo defectuoso y las graves angustias persecutorias relacionadas con él en mi paciente esquizofrénico. El análisis pareció haber prevenido la manifestación de un estado confusional agudo, que en ese momento amenazaba con presentarse.

Traducido por PAULETTE MICHON FERRAND

REFERENCIAS

- BAK, ROBERT** (1943). — “Dissolution of the Ego, Mannerisms and Delusion of Grandeur. Theory of Schizophrenic Process”. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 98, 5, 457.
- FREUD S.** (1911). — (Trad. 1925). “Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito”.
- FREUD, S.** (1924). — “Neurosis y Psicosis”.
- KLEIN, M.** (1935). — “Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos”. *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, 1947/IV-3 pp. 508-539.
- KLEIN, M.** (1946). — “Notas sobre algunos mecanismos esquizoides”. *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, 1948/VI-1 pp. 82 - 113.
- KLEIN, M.** (1948). — *The Psychoanalysis of Children*. (Trad. 1932). Prefacio de la tercera edición, p. 11.
- KLEIN, M.** (1948). — “A Contribution to the Theory of Anxiety and Guilt”. *Int. J. Psycho-Anal.*, 29, 114.
- GLOVER, EDWARD** (1931). — “The Therapeutic Effect of Inexact Interpretation: A Contribution to the Theory of Suggestion”. *Int. J. Psycho-Anal.*, 12, 397.
- ROSENFELD, HERBERT** (1947). — “Analysis of a Schizophrenic State with Depersonalization”. *Int. J. Psycho-Anal.*, 28, 130.
- ROSENFELD, HERBERT** (1949). — “Remarks on the Relation of Male Homosexuality to Paranoia, Paranoid Anxiety and Narcissism”. *Int. J. Psycho-Anal.*, 30, 36.

Reseñas de libros y revistas sobre perversiones sexuales

Gillespie, W. H. — “THE GENERAL THEORY OF SEXUAL PERVERSION”; (Teoría general de la perversión sexual); Int. j. Psycho-Anal., T. XXXVII, N° 4- 5; 1956.

Este artículo es a la vez una revisión, una discusión y una tentativa de síntesis de los principales trabajos psicoanalíticos acerca de las perversiones sexuales.

Freud consideró primero la perversión como un fenómeno del ello, una de las vicisitudes del instinto cuya represión podía dar lugar a la neurosis. Se presentaba la perversión en esta perspectiva como poco susceptible de una modificación ulterior, de ahí el pesimismo terapéutico inicial.

Pero la teoría analítica de la perversión ha sido desarrollada considerablemente después, y por el mismo Freud, llegando a una actitud terapéutica mucho más optimista, a medida que se iba desarrollando la teoría del yo.

Ya en su estudio sobre Leonardo (1910), Freud admite implícitamente que la perversión es una defensa; y lo admite explícitamente en “Pegan a un niño”, (1919). Al mismo tiempo, Freud llega a la conclusión que todas las perversiones se relacionan al complejo de Edipo.

En un importante trabajo de 1923 “Zur Genese der Perversionen”, Hanns Sachs reconoce que la perversión no proviene en línea directa de un instinto parcial, sino que tiene que pasar por el prisma del complejo de Edipo. Así la satisfacción perversa es sujeta a condiciones de realización estrechas, y los instintos parciales no aparecen en ella sino después de una elaboración en un nivel más alto, que los hace capaces de una catexia de objeto a veces refinada.

Resulta de ello que la parte consciente de la perversión pertenece siempre a

un sistema inconsciente mucho más amplio.

Sin embargo, un elemento de la perversión representa una fantasía originaria del instinto parcial que se ha conservado incambiada en la estructura nueva.

Ahí está el nódulo de la teoría de Sachs: cuando el yo es incapaz de reprimir un instinto particularmente fuerte, recurre a una represión parcial; reprime la mayor parte y adopta la menor (la expresión consciente de la fantasía inconsciente). El mecanismo de la perversión parece ser esta solución de división.

Otro elemento básico en la formación de las perversiones y que ha sido destacado en trabajos ulteriores, (Sperling), es el papel del superyo y de la defensa contra los sentimientos de culpabilidad. En muchos perversos, los padres se han opuesto sobre todo a la sexualidad normal, mostrándose al contrario mucho más tolerantes hacia la sexualidad perversa (por su propia perversión latente). Es decir que la perversión elige como elementos conscientes lo que es tolerado del punto de vista de los padres internalizados, es decir, de las formaciones rudimentarias del superyo. Permite una satisfacción a una parte de la sexualidad evitando lo que puede provocar angustia o sentimientos de culpabilidad.

Ligada al superyo está la angustia de castración, predominante en los perversos. Jones ha mostrado que el temor a la castración está arraigado en el sadismo oral proyectado que viene a recargar la amenaza real de la castración. De ahí la gran importancia de la fantasía de los padres combinados en las perversiones.

De ahí también (Melanie Klein, Glover) que la agresividad y el instinto de muerte tengan tanta intervención en las perversiones. La elección narcisista de objeto y la libidinización de determinadas relaciones de objeto en la perversión aparecen como defensa contra impulsos destructivos. Así H. Rosenfeld ha mostrado que la homosexualidad se estructura como defensa contra angustias

paranoides: la paranoia clínica aparece a veces cuando fracasa la homosexualidad; la figura paternal idealizada de ciertos homosexuales sirve de defensa contra el perseguidor; la identificación proyectiva poderosa les sirve para ponerse a salvo en los demás.

El último elemento fundamental en la constitución de la perversión es la disociación del yo y la negación de la realidad. Freud había ya reconocido estos últimos mecanismos en la génesis del fetichismo (negación de la inexistencia del falo femenino, disociación del objeto entre un fetiche bueno y un genital femenino malo). Más y más aparece que la utilización de la disociación en el yo y en el objeto permite al perverso el evitar la psicosis, preservando una parte importante del yo en contacto con la realidad.

El autor llega a la fórmula sintética siguiente: la sexualidad infantil provee los materiales brutos de la perversión, pero ésta sufre una elaboración compleja. Representa una defensa contra el complejo de Edipo y la angustia de castración. Esta defensa implica una regresión de la libido y de la agresión a niveles pre-genitales con un incremento del sadismo aumentando a su vez la⁴ angustia y la culpa, y las defensas contra ellas.

Por su lado, el yo, adopta una cierta parte de la sexualidad infantil lo que lo hace capaz de eliminar el resto. Puede hacer esto porque el superyo es especialmente tolerante hacia esta forma de satisfacción sexual y porque existe una disociación en el yo y en el objeto. Esto permite a un objeto idealizado y a una parte del yo relativamente libre de angustia y culpa tomar parte en una relación sexual ubicada en un campo donde no rige el examen de la realidad.

WILLY BARANGER

Gillespie, W. H. — “NOTES ON THE ANALYSIS OF SEXUAL PERVERSIONS”, (Notas sobre el análisis de las perversiones sexuales); *Int. J. Psycho-Anal.*; T. XXXIII, N° 4; 1952.

En la primera parte, teórica, de este trabajo, el autor discute algunos aportes fundamentales del psicoanálisis al conocimiento de las perversiones sexuales. Una evolución se produce en la obra de Freud, desde los “Tres ensayos” hasta obras posteriores. En los “Tres ensayos”, la perversión aparece como una manifestación regresiva de pulsiones sexuales positivas parciales no modificadas.

Pero Freud no tarda en darse cuenta que la perversión utiliza muchos mecanismos aparte de la regresión, por ejemplo la disociación del yo en el fetichismo. El yo se encuentra pues tan afectado en las perversiones como en las neurosis y psicosis, y la fórmula según la cual “la neurosis es el negativo de la perversión” se revela insuficiente.

Melanie Klein ha insistido mucho sobre la importancia del mecanismo de disociación (splitting) relacionado con la negación, la idealización omnipotente, la aniquilación, en la vida psíquica más primitiva; y este mecanismo juega sin duda alguna un papel determinante en las perversiones sexuales. Este factor permite entender mucho mejor la relación entre perversión y psicosis.

Así pues, en cuanto a la relación entre neurosis y perversión, no se trata de un contraste entre defensa y ausencia de defensa, sino de un contraste entre una defensa represora y una defensa de carácter esquizoide basada en la disociación. Asimismo, la presencia de los mecanismos esquizoides en las perversiones muestra la importancia fundamental de la libido y de la agresión oral, cuyo objeto es el pecho, en las perversiones.

Otto Fenichel centraliza su explicación etiológica de las perversiones sobre el complejo de castración, lo que, según el autor, no constituye una solución alternativa con la de Melanie Klein, sino que complementa la teoría kleiniana.

La perversión estaría fundamentada así sobre una modificación específica de la angustia de castración determinada en su forma por desarrollos anteriores pregenitales, y particularmente orales.

En la segunda parte, clínica, de su trabajo, el autor estudia una serie de casos de perversión analizados por él.

El primer caso es el de un hombre de treinta años con fetichismo del zapato y fantasías masturbatorias de carácter sadomasoquista. Muestra sobre todo la disociación del yo del paciente entre un yo normal muy responsable y moral, y un yo regresivo que se permite la perversión sin culpa. A esta disociación del yo corresponde una disociación del objeto entre un objeto idealizado (una “hermosa dama en el cielo”); un objeto malo, sexual y sádico representado por el padre y una serie de sirvientas; y el fetiche, zapato, que permite una sexualidad sin temor. La perversión tenía en este paciente la función muy importante de evitar los sentimientos de culpa, porque, cualquiera sea su forma, no era la actividad edípica culpable.

El segundo caso era un flagelante caracterizado por su total falta de culpabilidad sexual, tanto cuando flagelaba como cuando era flagelado, lo que expresaba una *negación* de la realidad en la esfera sexual. El objeto se encontraba disociado entre la mujer que servía de objeto a su perversión, y a la cual no consideraba como una persona, y el látigo que usaba para *flagelar*, y que cobraba el significado de un fetiche.

El tercero y el cuarto caso, un fetichista del zapato y un homosexual manifiesto, mostraban constelaciones análogas de mecanismos defensivos centralizados alrededor de la disociación.

Las conclusiones teóricas derivadas del análisis de estos casos son las siguientes:

1) El complejo de castración juega un papel predominante en cada uno de los casos.

2) El fetichismo deriva del objeto transicional (Winnicott) pero no se

constituye sino en el nivel fálico, produciéndose después una regresión provocada por la angustia de castración hacia un nivel oral-sádico, con disociación del objeto y del yo.

3) La relación con el complejo de castración da cuenta de la relación entre perversión y neurosis, mientras que la regresión parcial a los niveles oral y anal da cuenta de la relación entre perversión y psicosis.

4) En la perversión, el mecanismo de disociación del yo permite a una de sus partes quedar en el nivel fálico, mientras la otra se ubica en un nivel psicótico.

5) El mecanismo de disociación característico de las perversiones es el que permite a una parte del yo disociado conservar una buena relación con la realidad y a la otra utilizar la negación y adherirse a lo que es virtualmente un delirio psicótico.

6) La angustia de castración de los perversos está relacionada al sadismo pregenital.

7) Lo característico de la perversión es una técnica especial de explotación del mecanismo de disociación del yo, que le permite funcionar conjuntamente en dos niveles.

WILLY BARANGER

Edward Glover. — “THE RELATION OF PERVERSION FORMATION TO THE DEVELOPMENT OF REALITY-SENSE”.

(La Relación entre la formación de la perversión con el desarrollo del sentido de realidad). Int. J. Psycho-Anal. 1, XIV, 1933.

“El sentido de realidad es la facultad por cuya existencia inferimos y examinamos el proceso de la realidad”... “es la capacidad de retener el contacto psíquico con los objetos que promueven la gratificación de los instintos.” Así define Glover el sentido de realidad. Comenta más adelante lo dicho por Ferenczi con respecto al tema. Lo enfoca a través de la distorsión de la realidad en estados patológicos sobre todo en las neurosis obsesivas. Destaca Glover una discrepancia entre la regresión muy profunda del yo y la regresión del sistema libidinoso de los obsesivos.

Federn, por su lado, delimita el narcisismo del yo, y desde este límite, deduce la ordenación del reconocimiento de los objetos. Así por ejemplo, explica las variaciones del yo corporal como una regresión del yo. Tal vez el estudio de los límites y regresiones del yo facilitaría en cierta manera, la comprensión de los sistemas de realidad, pero el concepto de narcisismo es muy rígido, por lo que se descarta el problema de los límites de los objetos del yo.

Melanie Klein enfatiza la importancia de la ansiedad y de los impulsos sádicos como instigadores de la ansiedad así como la importancia de los mecanismos de proyección e introyección. El sentido de la realidad es el resultado del conflicto entre el ello y el superyo. Vale decir que el sentido de realidad no debe ser considerado como consecuencia del interjuego: impulso-objeto, sino que en él intervienen también las fantasías tempranas en las cuales están presentes los mecanismos de manejo de la ansiedad. Esto nos llevaría al estudio de los límites y de la finalidad de la formación de ansiedades, no aquellas evidentes, como en las fobias, sino de las menores (inmovilizaciones,

fugas de atención, etcétera). Los desplazamientos de interés por los objetos instintivos tempranos e inmediatos son estimulados por la angustia y están gobernados por el simbolismo, sin descartar la frecuencia y orden de las percepciones externas en la focalización de las angustias infantiles. Además de los factores simbólicos el interés del niño dimana de su propio cuerpo hacia el alimento, órganos alimenticios, zonas excretoras, luego a los objetos externos llegando a contactos no excretoras, ropas, muebles, presencia o ausencia de objetos, etc. Es decir que los estudios del sentido de realidad tienen una ordenación instintiva aparentemente ilógica pero simbólica con una sistematización perceptiva natural.

Piensa Glover que a partir de este estudio podría ampliarse el conocimiento de la psicopatología adulta. Supone la existencia de un estadio entre neurosis y psicosis (estados transicionales) donde coloca la adicción a las drogas. El adicto colocaría en la droga el sistema paranoide para preservar el sentido de la realidad contra perturbaciones psicóticas. Es indudable que hay diferentes tipos de adictos (melancólico, paranoico) donde hay diferentes componentes instintivos, relacionados con zonas erógenas. Pero las formaciones perversas y el fetichismo que acompaña al hábito de las drogas, dificultan la clasificación sistemática de estos estados patológicos. Se observa que en las regresiones psicóticas surgen formaciones perversas. Glover trae un caso como ejemplo, en el que alternaban una regresión psicótica y un ceremonial perverso, que servía al paciente para mantener, en cierto grado, el sentido de realidad, conectado con objetos parciales. Sostiene también que la homosexualidad sistematizada y habitual, así como es una defensa contra ansiedades más evolutivas genitales, también es una defensa contra tempranas ansiedades, provocadas por fantasías de perversiones más profundas.

Explica el fetichismo como un medio de recuperar la realidad al salir de una etapa psicótica. De esto se deduce que las perversiones ocupan un lugar en el

desarrollo de la superación de la angustia del propio cuerpo y de los objetos libidinizados en exceso. Por lo que se pregunta: “¿Es en este orden que se desarrolla el sentido de realidad?” Trae como argumentos en contra: 1º la concepción polimorfa de la sexualidad infantil, y 2º la aceptación de que la neurosis es el negativo de la perversión, ambas ideas sostenidas por Freud. Con respecto al 1º, dice que es un término bastante vago en relación a los últimos estudios sobre los impulsos infantiles, y en cuanto al 2º piensa que si bien es verdad para algunos casos, no se puede generalizar.

Hace Glover más adelante una revisión de las teorías sustentadas por varios autores (Freud, Sachs, Rank, Fenichel, etc.), llegando a la conclusión de que no es posible hacer una ordenación de las formaciones perversas en relación a la evolución de la libido, y que sería más acertado hacerlo en relación a la evolución del sadismo como defensa contra el sentido de realidad, con un sacrificio de la libertad de la función libidinosa.

En resumen, aceptando lo postulado por Melanie Klein: no se pueden establecer relaciones estables con la realidad hasta que se dominen las primitivas ansiedades. Las sobrecargas de estas ansiedades determinarían una situación cambiante con formación de síntomas o perversiones. Como resultado del proceso proyección-introyección, la realidad externa podría hacerse distorsionada. El proceso de libidinización anula esta distorsión al neutralizar el sadismo y tiene lugar la sublimación que conjuntamente con el simbolismo acrecienta el contacto con la realidad. Si por cualquier circunstancia se incrementa la ansiedad, una forma de evitarla es recurrir a primitivos sistemas de libidinización. Se crea así la perversión.

El estudio del fetichismo daría un buen aporte al conocimiento del sentido de la realidad. Aclara que así como el término “fetichismo narcisista”, también los de “autoerotismo”, “transvestismo”, etc., se emplean generalmente mal, pues

son procesos derivados del mecanismo de proyección y por lo tanto se relacionan con objetos. Relaciona al fetichismo con las neurosis obsesivas, llamando a las reacciones obsesivas “fenómenos fetichistas negativos”. Tanto la adicción a las drogas como el fetichismo son la transición entre sistemas paranoides y las reacciones normales de la realidad.

MERCEDES DE GARBARINO

Otto E. Spierling. — PSYCHODYNAMICS OF GROUP PERVERSIONS (Psicodinamia de las Perversiones de Grupos). The Psychoanalytic Quarterly. Vol. XXV, N° 1, 1956.

El autor se pregunta si las perversiones deben ser consideradas como una enfermedad o no; llegando a aceptar que sí, basándose en la gratitud y mayor felicidad de aquellos que han sido curados.

Hace una distinción entre actos perversos y la perversión como enfermedad. Dice que algunos actos perversos sexuales son permitidos en una sociedad, y prohibidos en otras; algunos son necesarios o recomendados o son partes de rituales sexuales, aduciendo que estos actos se pueden ver en personas relativamente “normales”. En la perversión genuina toda la vida se centra alrededor de la anormalidad sexual, la cual está casi continuamente en la mente del sujeto y despierta grandes conflictos interiores. Hace una diferencia dentro de las perversiones genuinas, las perversiones sintomáticas, y las perversiones inducidas; en las primeras la perversión es un síntoma de otra enfermedad, tal como se ve en la esquizofrenia, psicosis senil o psicopatía criminal. Las segundas, son las que se ven por ejemplo entre bandas de adolescentes; en escuelas secundarias, dormitorios, y campamentos, donde la perversión más frecuente es la homosexualidad.

Dice el autor que estas perversiones no son nunca espontáneas, en ellas hay siempre un líder, cuyas fantasías son llevadas a cabo por el grupo, y dan un carácter específico al grupo de perversión. Aquí el líder es el que tiene la perversión genuina. Supone que la perversión que se sucede en el grupo, surge de la naturaleza polimorfa perversa de la sexualidad infantil, y la existencia entre ellos de un superyo que permite la sustitución por un líder. Pasa luego a relatar algunos ejemplos de este género.

1) Una señora de treinta y ocho años llega al tratamiento por depresión y eritrofobia. Se había casado con un hombre al cual admiraba, y él la ayudaba en todo, en sus estudios, en la elección de vestimentas y amistades; la convirtió a su religión y creencias políticas. En lo sexual la inclinó a tener relaciones con otro matrimonio en grupo, y mismo cambiando de parejas; esto al final se hizo necesario para obtener el orgasmo. Solamente se podía excitar sexualmente viendo a otra pareja tener relaciones sexuales; luego el esposo la persuadió de seguir cambiando de pareja, las cuales él traía previa comprobación de que no tenían enfermedades venéreas. Cuando la paciente descubrió que su marido era deshonesto con el dinero que ella había ganado para él, se desilusionó, entró en depresión y apareció la eritrofobia; aunque seguía necesitando de la exhibición para llegar al orgasmo; sin embargo empezó a hacerse autoacusaciones y se desató el conflicto interno. En la niñez había observado el acto sexual de sus padres haciéndose intenso el deseo de suplantar a su madre en las relaciones sexuales con su padre; sin embargo esto había sido reprimido. Cuando su propio superyo fue reemplazado por el de su marido, esta represión desapareció y pudo pasar del estado de observadora al de compañera sexual, sin tener conflictos o síntomas. Cuando se desilusionó de su esposo, el superyo parásito de su marido introyectado no pudo ser más integrado con la parte más vieja de su superyo. Es decir que el superyo parásito la llevaba al exhibicionismo y escoptofilia, mientras que la parte más vieja de su superyo la obligaba a confesar su secreto al sonrojarse. Ese superyo parásito era un cuerpo extraño que se volvía una

fuentes de fricción interna continua.

2) Un abogado llegó al tratamiento por impotencia y ansiedad social. Cuando tenía siete años tuvo una niñera que castigaba a los niños con un bastón español; él reconoció que esto le causaba a ella placer y que a la vez él se sentía enamorado de ella. Al principio esos castigos eran dolorosos, pero luego fueron una fuente de placer sexual. Cuando dejó de recibir tal gratificación, se ingenió para que su hermana menor se los diera, masturbándose durante mucho tiempo con esta fantasía. El autor afirma que esta fantasía demuestra el papel del superyo en la perversión. En sus relaciones con mujeres, era unas veces sádico y platónico, o sexualmente masoquista. Para tener potencia era necesario que fuera castigado en las nalgas, y que luego su compañera se le sentara en la cara. En la transferencia se imaginaba que el analista obtenía el mismo placer sexual que el analizado obtenía con la institutriz cuando lo castigaba.

Supone Sperry que en las perversiones genuinas los padres influyen en el superyo del niño en la dirección de la perversión, mientras que en la perversión inducida el líder reemplaza al superyo, el cual está dividido. Luego se refiere que el estudio psicoanalítico en casos de perversiones inducidas, permite ver que ciertas prácticas sexuales de varias sociedades primitivas, son perversiones inducidas que se han institucionalizado; llegando a decir que el pronóstico es mejor en las perversiones inducidas que en las genuinas, y que la labor del análisis es tratar de establecer una división en el superyo del paciente que soporta la perversión, y fortalecer el yo en su tentativa de defenderse contra el mandato del superyo parásito. El paciente debe reconocerle como un cuerpo extraño y tratar de eliminarlo.

JUAN CARLOS REY

Melitta Schmideberg. — DELINQUENT ACTS AS PERVERSIONS AND FETISHES (Actos delictivos considerados como perversiones y fetiches). Intern. Journal of Psycho-Analysis, T. XXXVII, 4-5, 1956.

Algunos actos delictivos se pueden clasificar total o parcialmente como perversiones o fetiches, resultando esto más fácil cuando se parecen a actos sexuales anormales no-delictivos.

La afirmación de Freud, de que “las neurosis son el negativo de las perversiones” requiere aclaraciones. Las perversiones pueden coexistir con rasgos neuróticos. Cuando cita las condiciones que hacen que el deseo de mirar se vuelva perversión, no precisa claramente si considera esas condiciones como componentes esenciales de cualquier perversión o si cualquier combinación de los mismos elementos tiene el mismo valor.

Los actos delictivos, a menudo, no cumplen esas condiciones. El criterio del autor es que la comprensión puede enriquecerse por el contraste de la neurosis con la perversión, pero que se debe hacer la comparación en el nivel de los síntomas y no en las capas subyacentes. Los síntomas neuróticos y perversos provienen en gran parte de una etiología similar. Es un mismo camino que en un punto se divide en dos direcciones opuestas. Los resultados son síntomas de dos clases, autoplásticos y alloplásticos. La reacción neurótica es autoplástica, la perversa es alloplástica. Las neurosis no son tanto el negativo de las perversiones como una orientación sintomática distinta. El síntoma neurótico es más social, el perverso anti-social. De ahí la relación estrecha entre las perversiones sexuales y el comportamiento delincuente, que es por definición anti-social.

El fetichismo expresa la fijación a un objeto. En las perversiones, la fijación no es a un objeto, sino a una actividad que muestra un patrón de conducta

rígido. Muchos actos delictivos o criminales muestran la misma rigidez de patrón. La policía tiene ficheros y aun máquinas electrónicas que le permiten ubicar a los criminales por medio de sus patrones de perversiones.

No se pueden limitar las perversiones a las actividades que interesan los genitales o directamente relacionadas con la sexualidad, aunque en los niveles más profundos encontremos inevitablemente esas relaciones. Estructuralmente, las perversiones son como el acting-out en el análisis. Como en el acting-out, podemos ver las manifestaciones superficiales y los mecanismos subyacentes. Las manifestaciones superficiales implican comúnmente el Yo, con una plena conciencia de la actividad, junto con una amnesia completa de los acontecimientos pasados o tempranos que han provocado estas actividades. Es a menudo más fácil encontrar esos acontecimientos en las perversiones que en las neurosis. Se podría pensar que las perversiones son más fáciles de tratar que las neurosis.

Es realmente así en casos poco graves. Cita el de un hombre de 27 años, traído por actividad exhibicionista. No tenía antecedentes de comportamiento anti-social. Entendió rápidamente que su acto representaba un esfuerzo para afirmarse y poner fin a la dominación de su mujer. La personalidad no estaba profundamente implicada en un patrón anti-social y la actividad delictiva no se repitió después de un breve análisis.

Pero en la mayoría de los casos, no es tan fácil. El delincuente tiene que tratar no sólo con sus conflictos inconscientes, como el neurótico, sino con las repercusiones de sus actividades, que están a menudo fuera de su control.

Es difícil establecer una transferencia en personalidades anti-sociales. La dependencia del analista que desarrollan a veces no debe confundirse con la transferencia. El acercamiento a la perversión está defendido por todas las implicaciones de las complicaciones sociales.

La única técnica posible al principio es por el tratamiento del Yo. El analista debe primero establecer el contacto e influenciar al paciente en los

problemas con la realidad, antes de esforzarse en reforzar la transferencia, siempre presente. Una vez conseguida una cierta estabilidad, se presentarán solas las oportunidades de analizar la transferencia, sobre todo en sus aspectos negativos. Entonces se podrá empezar el trabajo analítico real. Hay que reconocer los actos delictivos como perversiones, que se pueden tratar analíticamente, pero sólo después de una preparación adecuada e inteligente.

MADELEINE BARANGER

Marie Bonaparte. — SOME BIOPSYCHICAL ASPECTS OF SADO-MASOCHISM (Algunos aspectos biopsicológicos del Sado masoquismo).
The International Journal of Psycho-Analysis. Vol. XXXIII, 1952, p. 373.

Luego de pasar revista a los estudios y a la evolución de las ideas de Freud con respecto al tema, la autora rechaza el concepto de instinto de muerte, sustituyéndolo por el de agresión o destrucción como un aspecto de la vida y sus fines.

Las raíces del sadismo y del masoquismo son biológicas unas y psicológicas otras. Para la autora el masoquismo erótico sólo pudo aparecer cuando se estableció en la escala zoológica el proceso de la fecundación interna. Esto significa que en los mamíferos, no sólo la célula sexual femenina (el óvulo) es penetrada por la masculina, sino que el cuerpo mismo de la hembra lo es por el pene. De esto puede surgir la confusión psicológica entre la penetración erótica y la lesiva, de la cual resulta la huida frente al macho tal como puede observarse en las hembras de muchos mamíferos, y en la especie humana, en los casos de

frigidez. El erotismo tiende a evitar este temor a la irrupción, y a menudo lo logra, ya ampliando masoquísticamente la confusión entre penetración erotógena y lesiva, o estableciendo esa penetración como predominantemente erotógena. Pero también deben buscarse las raíces del masoquismo desde el punto de vista erotogénico, y en ese sentido adquiere importancia la escena primaria.

El psicoanálisis nos enseña que el coito es siempre interpretado por el observador infantil como un acto cruel y agresivo, y, según el grado innato de masculinidad o femineidad, se identificará más o menos con el adulto masculino o femenino, echando en esta forma los cimientos para un desarrollo ulterior sádico o masoquista. Pero hay también factores más específicamente psicológicos. En la vida del individuo, desde su nacimiento, existen situaciones penosas, tales como privaciones, accidentes, castigos, que no pueden evitarse. El principio del placer tiende sin embargo a sobrecargar las emociones y sentimientos dolorosos, y, por el mecanismo de la asociación de ideas, ciertos tipos de dolor pronto parecen ser buscados por sí mismos, estableciendo así, a menudo, una respuesta hedónica paradójica para toda la vida. Pero dado el carácter bisexual de todos los seres, si en un individuo predominan los elementos masculinos dominará el sadismo porque el macho como el espermatozoide, no es penetrado sino que penetra en otro organismo en el acto sexual. En este caso, proyectará su masoquismo y a través de la identificación con el agredido, podrá disfrutar con seguridad de los placeres masoquistas, porque de esta manera su instinto de auto-conservación cesa de ser amenazado.

La autora afirma luego, que la ambivalencia esencial de Eros encuentra satisfacción en el sadismo. Esta ambivalencia tendría su origen en el deseo inalcanzable de una unión con el objeto amado y ansía la destrucción del objeto para conseguir la paz y el fin de una situación penosa. Finalmente el sado-masoquismo pasa por distintas transformaciones, sufre diversas vicisitudes: el masoquismo puede ser inhibido por el instinto de conservación y el sadismo por

la piedad. Además puede tomar la forma de la moralización que lleva al individuo a torturarse a sí mismo y a los demás, y por último, puede por el mecanismo de la sublimación ponerse, tanto por intermedio de la ciencia como del arte, al servicio de la civilización.

RODOLFO AGORIO

Abraham, Karl. — RESTRICCIONES Y TRANSFORMACIONES DE LA ECOPTOFILIA EN PSICONEUROTICOS. — OBSERVACIONES DE FENOMENOS ANALOGOS EN LA PSICOLOGIA POPULAR”. — Revista de Psicoanálisis. Año IV, N° 1, 1946. Buenos Aires.

Abraham se basa, para este trabajo, en las ideas de Freud acerca de las zonas erógenas y sus componentes instintivos. Considera que en las neurosis existe una mayor inhibición y transformación del instinto escoptofílico o placer de mirar de la que existe en sujetos normales. Esta represión excesiva da origen a una serie de trastornos de la visión entre los cuales, el autor comienza por estudiar, en el capítulo 1, la “fotofobia neurótica”.

Los sujetos que padecen de fotofobia tienen aversión a la luz en cualquiera de sus formas y tienen además el temor que la luz los vuelva ciegos.

Abraham presenta un caso analizado por él, en que se vio que la angustia del enfermo frente a la luz estaba en relación con su padre, y el temor a su ojo escrutador. La identificación del ojo del padre con la luz del sol es común en la mitología de los pueblos primitivos. Pero no sólo representa el ojo escrutador del padre sino también su grandeza y esplendor “brillante”. Se demostró luego que el sol también representaba a la madre, cuyos genitales el enfermo se había prohibido mirar. Sólo experimentaba placer en mirar accesorios del cuerpo femenino, como los anteojos o las piernas ortopédicas, y en cambio tenía

aversión en mirar los genitales, en virtud de su angustia de castración. Temía la ceguera como castigo — destino edípico —, por su deseo de mirar los genitales de la madre y su fantasía de castrar al padre.

A veces, el ojo, símbolo de los genitales masculinos o femeninos, queda sustituido por el centro de la frente, como en el mito del enceguecimiento de Cíclope por Odiseo.

Las transformaciones de la escoptofilia del paciente habían dado lugar también a ciertas características personales, como curiosidad compulsiva, propensión a la cavilación e interés por todo lo problemático.

En un II capítulo relata el autor otras perturbaciones del instinto escoptofílico. Cita el caso de una paciente que se quejaba de ver los objetos en forma imprecisa. Esta paciente sufría de ataques en “arc de cerclé” que el análisis demostró era una representación del coito parental observado en su infancia. Esta observación originó una aversión al mirar en general y en particular la forma de los objetos. Cree el autor que la observación de la escena primaria determina una fijación y restricción excesivas de la escoptofilia.

Relata luego otros trastornos neuróticos de la vista, como por ej., el desplazamiento del mirar hacia lo indiferente e insignificante. En el parpadeo compulsivo existe ante todo la angustia de castración, pero también fantasías eróticas y de muerte de los padres.

Hay otros casos en que el instinto escoptofílico se desplaza de los genitales a las nalgas y cita como ej. el caso de un obsesivo con la compulsión a mirar el reverso de los objetos.

El capítulo III está dedicado al significado de la oscuridad en los neuróticos. No se trata sólo de huir de la luz, equivalente inconsciente de la vida y el mundo exterior, sino que la oscuridad produce ella misma un placer, por ser un símbolo del vientre materno, como en la psicología popular. La oscuridad representa tanto el nacimiento como la muerte. Otras veces, el interés de permanecer solo en un cuarto oscuro está en relación con el erotismo anal, siendo el cuarto

oscuro un equivalente del retrete.

En el capítulo IV estudia la duda y las cavilaciones, basándose en la relación descubierta por Freud entre el placer de mirar, el deseo de saber, la duda y las cavilaciones. El deseo de saber es la consecuencia de la represión del deseo de ver, especialmente los genitales de los padres. La sublimación de la escoptofilia reprimida da origen al interés por la investigación, por los viajes, por la observación de la naturaleza y por las formas visuales del arte. Esta sublimación está en el origen del pensamiento filosófico: deseo de “ver” los propios pensamientos.

Pero en la cavilación neurótica este deseo de saber, o de ver, se vuelve improductivo. Cita el caso de una paciente que cavilaba sobre el origen de los pensamientos, quería “ver” como “salían” los pensamientos del cerebro, por desplazamiento del deseo de ver el nacimiento.

La manía de cavilar corre paralela a una disminución de la actividad sexual, así como a una ignorancia sexual. El “no saber” significa ignorar los deseos incestuosos. En hebreo bíblico “saber” se utiliza también como coito, se “sabe” a una mujer cuando se la posee. El que cavila busca inconscientemente su ignorancia, es decir, desconocer sus deseos incestuosos.

El fenómeno de la duda es similar al de la cavilación, por lo que suelen coexistir en un mismo sujeto. La duda es, en el fondo, como demostró Freud en los obsesivos, una duda acerca de los propios afectos.

Nota el autor que la psicología popular, lo mismo que los neuróticos, utilizan defensas contra la duda. Así, en el idioma hebreo bíblico no existe el verbo “dudar” ni el vocablo “diosa”, habiendo eliminado de este modo toda duda entre la elección de un dios o una diosa (del padre o de la madre). Posteriormente se introdujo una palabra para designar “al que duda” que significaba el que está dividido”, coincidiendo con lo que pensamos hoy, que la duda está en relación con una disociación interna.

La transformación del instinto escoptofílico puede dar lugar también al

interés por lo secreto (lo sexual), que se traduce en la psicología popular por los cultos secretos, los misterios, etc.

A veces se observa una dificultad o imposibilidad de representarse a los padres. Abraham relaciona esta dificultad con el segundo mandamiento del Decálogo que prohíbe la representación de Dios. Entiende que esta prohibición está destinada a eliminar toda duda entre el padre y la madre, para reconocer sólo al Dios-padre.

Finalmente, en el capítulo V el autor se refiere al origen totémico infantil de las fobias al sol y a los fantasmas, basándose en las ideas de Freud expuestas en Totem y Tabú. El sol y los fantasmas, símbolos paternos, son reverenciados por su poder y al mismo tiempo temidos, como el padre mismo. Esta ambivalencia de los neuróticos es la misma que tienen los pueblos primitivos hacia el animal totem y los niños en sus fobias de animales.

Abraham busca explicar por qué a veces el animal totem es muy pequeño a inofensivo, como moscas o mariposas, y encuentra que se debe a que son animales que aparecen sorpresivamente, como puede hacerlo el padre, y de quienes nos podemos librar fácilmente.

Observa también una analogía entre la psicología individual y la de los pueblos primitivos en el hecho de la ascensión al cielo del animal totem o del padre-sol, como expresión de la misma ambivalencia: se lo vuelve omnipotente una vez muerto.

En cuanto al fantasma es también el padre “muerto”. El autor cree que representa una más intensa represión de la escotofilia que vuelve más incorpóreo el símbolo.

HECTOR GARBARINO

Matilde Wencelblat de Rascovsky y Arnaldo Rascovsky. — “ON CONSUMATED INCEST”; (Sobre el incesto consumado), *Int. J. Psychoanal*, T. XXXI, 1/2; 1950.

Este estudio se fundamenta sobre todo en el caso de una mujer de 26 años que presentaba severas depresiones, trastornos somáticos diversos, indiferencia sexual hacia su marido, y compulsión ninfomaniaca, que realizaba principalmente con médicos y profesores de música.

El rasgo dominante de su historia infantil había sido una relación extremadamente frustradora con la madre: frustraciones violentas en la lactancia, severidad, castigos, frialdad afectiva de la madre con su hija y con el padre.

A los 8 años empieza juegos sexuales con su hermano, un año y medio mayor que ella. A los 10 años, durmiendo con el padre durante una ausencia de la madre, se despierta mientras éste la está masturbando. Más tarde se establece una situación de intimidad amorosa con el padre: se cuentan recíprocamente sus múltiples aventuras amorosas, y esta situación cristaliza en felatio y cunilingus con el padre. Al mismo tiempo la paciente desarrolla un intenso odio hacia él, se separa de él y se casa. Después del fracaso de su casamiento, reanuda la relación erótica con el padre, incluyendo esta vez el coito, pero sin conseguir el orgasmo.

El análisis mostró que la paciente no había podido superar una situación depresiva intensa, ligada a su lactancia catastrófica y que sus relaciones con los hombres constituían una repetición de sus relaciones, tan deseadas y frustradas, con su madre. Estas relaciones eran esencialmente de carácter sádico-canibalístico (dominadas por la fantasía de castrar, destrozar y devorar al hombre).

La realización efectiva del incesto constituía un *proceso* secundario derivado de un estado melancólico anterior, y que disminuía el riesgo de

psicosis para la paciente.

Los procesos esenciales que se producían en la paciente son los siguientes:

La enorme frustración en su relación con su madre la había llevado a una transición demasiado precoz hacia la búsqueda oral de su padre, de donde una sobrevaloración ansiosa del pene, que, al mismo tiempo recibe todo *el* odio despertado por la privación primaria del pecho. Cuando se juntan este amor y este odio, cuando deja de vivenciar el pene como objeto parcial y ama a una persona (su padre, por ejemplo), surgen los sentimientos de culpa y la depresión.

El componente agresivo hacia un objeto parcial determinaba su necesidad de castrar al hombre.

La incorporación muy precoz del pene en vez del pecho la lleva a una identificación masculina con el pene. Esta identificación no la lleva a la homosexualidad, por ser la relación inicial con la madre demasiado mala.

La ninfomanía se debe a su imposibilidad de conseguir un orgasmo: es una tentativa infructuosa de gratificar sus necesidades orales básicas.

Una de las sublimaciones de la paciente, la danza, se relaciona con la realización del incesto: los autores traen a colación varios ejemplos artísticos o mitológicos (en particular el de Salomé), en los cuales la danza aparece como identificación con el pene como objeto parcial incorporado en una situación incestuosa.

WILLY BARANGER

Thorner, H. A. — “NOTES ON A CASE OF MALE HOMOSEXUALITY”; (Notas sobre un caso de homosexualidad masculina); Int. J. Psycho-Anal. T. XXX; 1949.

Es el relato y la interpretación de la evolución de un paciente que pasó por

las fases siguientes: sufrió primero de una dificultad al respirar y de ahogos; cuando cedieron estos síntomas, el paciente se hizo homosexual pasivo; en la fase siguiente el paciente se hizo homosexual activo; y llegó a *su* primer contacto heterosexual a los 32 años.

Aparición de los síntomas: la dificultad para respirar y los ahogos se presentaron estando el paciente en la guerra, en el desierto. Estaban relacionados con el desierto, como un temor a ser tragado por el desierto (una forma de agorafobia).

Por la intensidad de la amnesia infantil, se tienen pocos datos de la historia temprana del enfermo. Había perdido a sus dos padres a los 14 años, viviendo después en casa de una pariente dominadora. Recuerda advertencias de su madre en contra de los peligros de contaminación genital, una educación esfínteriana severa (le introducían pedacitos de jabón en el ano para hacerlo defecar), y constantes dificultades de aprendizaje (nunca pudo pasar un examen).

Aparición de la homosexualidad manifiesta: se produjo como sustitución de la agorafobia: se defendía contra su temor fóbico a ser tragado, tragando analmente a su objeto. Sufrió un trauma al contaminarse de sífilis en un contacto homosexual (pensaba que sólo con las mujeres uno se podía contaminar).

Cambio del rol pasivo en rol activo: este cambio tuvo lugar en el curso de un primer análisis, con otro analista.

Su comportamiento homosexual tenía las características siguientes: a) la conducta homosexual se produce en una situación de angustia para defenderse de ella; b) los partners son perseguidores, y no objetos de amor (lo roban, le piden dinero, cosas o protección social).

La finalidad de la conducta homosexual era externalizar los perseguidores internalizados, proyectando sus angustias sobre sus partners. El cambio a la posición activa se relaciona con el sentimiento de culpabilidad y el deseo de

reparar a la madre.

Cambio hacia la heterosexualidad: coincidió con el establecimiento de la transferencia

positiva, es decir con la posibilidad de identificarse con el padre bueno, y la disminución de los temores paranoides. Establece su primer contacto heterosexual con una mujer 15 años más vieja que él, y este contacto reactiva sus temores al interior del cuerpo de la mujer (vivenciado como fofo y vacío - cf. su temor a ser tragado por el desierto). Recae en la relación homosexual, pero ya no en forma compulsiva. El análisis no había terminado en el momento de publicar este trabajo.

Este historial muestra con suma claridad la relación de distintos tipos de situación homosexual con angustias paranoides y depresivas.

WILLY BARANGER

Langer, María. — “PSICOANÁLISIS DE UNA MUJER HOMOSEXUAL”.
(Rev. Psicoanálisis, Buenos Aires. T. V, Nº 3).

Presenta el historial de una mujer joven que bajo *una* conducta heterosexual intensa, ocultaba sus deseos homosexuales y utilizaba a su compañero para satisfacerse homosexualmente. La enferma, que tuvo 8 meses de análisis, consultó por angustias, ideas de suicidio, temor de caer en estado de confusión, etc.

Cuenta la historia de la paciente, y luego expone el material que en el análisis le sirvió para aclarar la vivencia inconsciente de cada acontecimiento traumático de su vida.

La paciente revivía en la transferencia toda su situación homosexual sentida antes con su madre.

Dice la autora que tanto Freud como H. Deutsch sostienen que en la mujer homosexual, *ocupa* el padre en determinada época de su vida un lugar principal en su mundo afectivo y libidinoso. En la enferma de M. Langer no se observó esta situación, pues en la edad en que las niñas se vuelcan más al padre, buscó a su tío y fracasó por ser éste frío e indiferente (la madre estaba separada del padre hacía tiempo). Este fracaso la hizo volver a su madre. En la pubertad hace otro intento de conseguir al padre, es gratificada excesiva y directamente (los padres se habían unido nuevamente y el padre tuvo relaciones sexuales con la chica).

Esta situación le trajo culpa con la madre y temor de perderla. Además se *vio muy* claramente que esta conquista del padre fue una forma indirecta de conquistar a la madre. Más adelante tuvo relaciones con amantes en presencia de una amiga con la que tenía contactos homosexuales. Sus amantes además eran generalmente los esposos de amigas personales.

Buscaba al hombre para satisfacer a su madre insatisfecha (separada del padre), y tener un pene para ella.

La enferma tenía una imposibilidad de vivir su homosexualidad por una “impotencia femenina homosexual”, determinada por su frustración oral dado que había sido criada con biberón.

Tenía intentos de introyectar a su madre pero debido a que era vivida como un objeto muy angustiante y destructivo por ser fría, rígida y severa, se veía obligada a re proyectarla y comenzaba a buscarla nuevamente fuera de sí misma.

MERCEDES DE GARBARINO

Bergler, Edmund. — “La respectiva importancia de la realidad y de la fantasía en la génesis de la homosexualidad femenina”. (Revista de la Psicoanálisis Argentina, Año III, N° 3, 1946).

Comienza el autor señalando la diferente consideración que ha merecido en nuestra sociedad, todavía predominantemente masculina, la homosexualidad femenina y la masculina. Mientras ésta es repudiada, aquélla es menospreciada no otorgándosele la importancia que tiene. Esto trae como consecuencia que sean muy pocas, en comparación con los hombres, las mujeres que consultan a un psicoanalista por homosexualidad.

La homosexualidad femenina primero considerada como resultado de una regresión edípica, es vista hoy como expresión de un conflicto preedípico con la madre. Los trabajos de Jones, H. Deustch, Freud y el mismo Bergler han demostrado la importancia del erotismo oral y del odio a la madre preedípica en la génesis del lesbianismo. El interés del presente trabajo es mostrar, a través de material clínico, el escaso valor de las “experiencias traumáticas” externas como factor causal de la homosexualidad.

El primer caso es el de una mujer que responsabilizaba al divorcio de sus padres, cuando ella era una niña, la génesis de su trastorno. Superficialmente, constituía un ataque al padre que la había abandonado, pero profundamente el conflicto era con la madre, a quien odiaba por haberla vivido como frustradora en un plano oral. Con su amiga homosexual, representante de la madre, tenía una buena satisfacción libidinosa pero al mismo tiempo le reprochaba no mantenerla económicamente. La enferma, por un mecanismo que Bergler describe típicamente oral, se creaba situaciones en que sería desilusionada para después tomar una actitud reivindicadora. Con su amiga negaba el odio preedípico a la madre y se convertía en una “beba” que gozaba con su madre. La libido es utilizada aquí como defensa contra el odio, facilitada esta situación

por el intenso narcisismo de las homosexuales.

En el segundo caso se trata de una enferma muy gruesa que acusaba a su madre de haberle hecho pasar hambre cuando lactante. En realidad, su madre había sufrido una mastitis y había interrumpido la lactancia y la alimentación con mamadera había sido dificultosa. La paciente creía que los hombres la consideraban prostituta por ser gorda, y los odiaba por eso, atribuyendo a esta situación su homosexualidad. Como era gorda para resarcirse del hambre que la madre le había hecho pasar, responsabilizaba a su madre de su trastorno. El análisis demostró que no era esta la causa de su enfermedad, sino que en realidad era una defensa contra el odio a su madre.

El tercer caso, es el de una joven de 16 años que no fue analizada por el autor, siendo por lo tanto las conclusiones sólo hipotéticas. Del estudio del caso, se podría desprender que la muchacha se había inconscientemente identificado con su padre que la había violado cuando tenía dos años de edad. El padre perseguía a las mujeres para tener actos sexuales perversos y ella hacía lo mismo con sus amigas. Aquí, como en los otros casos, en un nivel más profundo, la causa de la homosexualidad sería debida al odio hacia la madre, negado por medio de una defensa libidinosa.

El cuarto caso era el de una mujer que responsabilizaba a la madre de su homosexualidad por haberla hecho objeto de malos tratos cuando niña, y el quinto caso, el descubrimiento por parte de la enferma, a los 6 años de edad, de que la madre era dueña de un prostíbulo. En estos casos, como en los anteriores, estos sucesos tenían sólo un valor coadyuvante, pero lo decisivo era siempre la defensa libidinosa contra el odio preedípico a la madre. También en estos casos existía el mecanismo oral de provocar situaciones en que se es agredido para reaccionar después con pseudo-agresión y sentimientos de ser injustamente tratado (masoquismo). Se agrega a esto la existencia en todos los casos de una madre agresiva y dominante y un padre débil.

Termina el autor subrayando las conclusiones que se extraen de esos casos,

es decir, el valor relativo de las “experiencias traumáticas” en la génesis de la homosexualidad femenina, que en realidad sólo actúan reforzando las fantasías inconscientes. Biológicamente, la libido oral y narcisista parecen ser indispensables, y psicológicamente, el conflicto preedípico con la madre, a base de odio y culpa.

HECTOR GARBARINO

Rascovsky, Luis. — “PSICODINAMISMOS EN UN CASO DE HOMOSEXUALIDAD FEMENINA”. (Revista de Psicoanálisis Argentina. Tomo X, N° 1, Año 1953).

El autor presenta un caso de homosexualidad femenina, considerado de interés como para comunicarlo, debido a la claridad con que se destacan sus psicodinamismos, si bien aclara que no aporta mayor novedad a los conocimientos que ya se tienen de tal problema.

Se trata —en la historia infantil de la paciente— del abandono del hogar, por su padre, cuando tenía sólo dos meses de edad, hecho que aparece especialmente destacado. Como consecuencia, ella quedó con su madre y una tía casada. Cuando la niña tenía seis años, regresa su padre, quien la seduce, y al poco tiempo abandona de nuevo su hogar, pero ya en forma definitiva. Por entonces, la tía tiene su primer hijo, y luego un segundo, despertándose en la niña sentimientos de celos. De una manera muy clara se expresan los antecedentes de su historia clínica, así como también la forma en que se desarrolla la situación transferencial.

Del estudio del caso, el autor interpreta: “La identificación masculina, significa la recuperación del padre y un asegurarse contra el abandono de la madre, pudiendo ella satisfacerla con el pene introyectado, recuperando así a ambos. Su identificación paterna la salva: 1) de una regresión psicótica de forma depresiva

y paranoica, 2) del incesto, 3) de la destrucción corporal por el pene paterno, 4) de la destrucción de la imago materna, por el odio competitivo hacia ella, 5) del temor de perderla, por la presencia real del padre, 6) en un plano superyoico superficial, de ser prostituta como las amantes del padre, y de recaer en el incesto, 7) sus principales mecanismos en la elección de objeto los constituyen una alternancia entre una identificación introyectiva con la madre y una identificación proyectiva con un objeto como ella misma, pero idealizada, con las características de la inocencia más pura, mediante la ayuda del mecanismo de la negación, y 8) el mismo juego de los mecanismos de identificación, para restablecer la relación madre-hija, envidiada a la tía y a los primos.

MARTHA LACAVA MEHARU

Lagache, 'Daniel. — “HOMOSEXUALITY AND JEALOUSY”
(Homosexualidad y Celos). *Int. J. Psycho-Anal.*, XXXI, 1950, p. 24.

I Acotaciones teóricas. — Es bien conocido en psicoanálisis que los celos pueden servir de defensa contra un interés homosexual hacia el rival; pero también ocurre lo contrario: que la homosexualidad pueda servir de defensa contra los celos. Pero, en los distintos niveles de integración, genital y pregenitales se produce una relación dialéctica entre las distintas motivaciones y defensas.

II Homosexualidad. — Estas ideas se fundamentan en el análisis exitoso de un paciente de 32 años, tratado por su homosexualidad. Carecía de interés por la mujer y era impotente en sus intentos heterosexuales. Elegía como objetos homosexuales a adolescentes con aspecto masculino, y su práctica esencial era succionar su pene e ingerir el semen. Los datos biográficos muestran, como determinantes de la homosexualidad, la identificación con su madre y su hermana mayor, y la frustración en su deseo de ser amado por su padre.

Dinámicamente, presentaba fantasías sadomasoquistas sobre el coito, de

castración en la fecundación, de vagina dentada, de suciedad de la mujer. Por lo contrario veía en la relación homosexual algo reasegurador, y sus prácticas le permitían identificarse con el hombre por introyección de su semen, y revirilizarse.

III Celos. — El paciente se comprometió con una prima, y quiso que ésta tuviera una entrevista con el analista, pedido al cual éste accedió. La entrevista del analista con la joven fue precedida por un sueño de contacto homosexual con el analista (el primero desde el comienzo del análisis), y seguida de un acceso de celos violentísimo hacia él (con acusaciones de haber seducido a la novia). El autor relaciona este material con celos anteriores del paciente, en sus relaciones homosexuales, y en relación con sus hermanas, y también con una actitud de voracidad oral extrema, ligada a frustraciones infantiles.

IV Relaciones entre la homosexualidad y los celos. — La aparición de este episodio de celos puede ser considerada a la vez como un progreso y como una resistencia. Por una parte, muestra en un homosexual en tren de volverse hacia la heterosexualidad la aparición, como estadio intermedio, de celos “normales” (heterosexuales).

Pero este punto de vista sería superficial e incompleto, considerando la “homosexualidad” del paciente como un fenómeno unívoco. En realidad sus celos no se dirigían contra su conducta homosexual externa, su homosexualidad pseudo-activa destinada a revirilizarlo mágicamente, sino contra una motivación homosexual inconsciente, un anhelo pasivo ligado al temor de la castración. Provenían de un incremento de la homosexualidad pasiva, y de la reactivación necesaria de una posición femenina hacia el padre, para poder después ocupar su lugar y adoptar una conducta auténticamente masculina.

WILLY BARANGER

Rosenfeld, Herbert. — “REMARKS ON THE RELATION OF MALE HOMOSEXUALITY TO PARANOIA, PARANOIA ANXIETY AND NNARCISSISM” (Observaciones sobre la relación de la homosexualidad masculina con la paranoia, la ansiedad paranoide y el narcisismo), *Int. Journ. of Psa.*, T.XXX, 1949.

Antes de entrar en materia, el autor expone someramente los aportes de varios destacados autores psicoanalistas a las teorías psicoanalistas de la paranoia, desde el año 1908 a 1932, en relación con los temas enunciados en el título de su trabajo. A continuación declara: “Mis propias experiencias con pacientes paranoides, coinciden bastante con el punto de vista de Melanie Klein, acerca del punto de fijación del paranoico a la temprana fase oral —(posición paranoide)— y de la índole secundaria y defensiva de la homosexualidad de los paranoicos. Es sobre esa función defensiva de la homosexualidad, que deseo particularmente llamar la atención en este trabajo. Como complemento, aportaré luego algún material clínico, para hacer ver que la fijación, a ese nivel temprano del desarrollo, puede contribuir considerablemente al desarrollo de la futura homosexualidad”.

Presenta el material de un caso “A” y de un caso “C”; el primero de Homosexualidad Manifiesta, y el segundo de Homosexualidad Latente, en los que los sujetos desarrollan una paranoia, cuando la función defensiva de la homosexualidad falla. Esta está relacionada con la idealización de una figura paterna buena, que es usada para negar la existencia de un perseguidor, o que puede ser utilizada por el sistema de defensa maníaco.

Luego expone el material de un caso “B” para demostrar que, aun en la homosexualidad manifiesta de un tipo no psicótico, se encuentran a menudo severas ansiedades paranoides.

Finalmente, da el material de un caso “de tipo narcisístico de homosexualidad, creado a través de una identificación proyectiva”, terminando

con la explicación —(de acuerdo con la de varios autores y la de su propia experiencia)— sobre el origen de la identificación proyectiva, relacionada con este último caso que cita.

MARTHA LACAVA MEHARU

Angel Garma. — THE MEANING AND GENESIS OF FETISHIM
(Significación y génesis del fetichismo). Intern. Journal of Psycho-Analysis.
T. XXXVII, 1956.

El autor busca determinar la importancia de las posiciones pregenitales en la génesis del fetichismo y el significado de la fantasía del órgano genital femenino con pene en relación con la ansiedad de castración.

Extrae material del análisis de un hombre cuya libido oscilaba entre prácticas fetichistas y otras prácticas, anteriores, lo que hizo más fácil el descubrimiento de la razón de su perversión.

Su fetichismo, que podía remontarse a los 5 años, consistía en acariciar los pies y a veces las piernas, generalmente de mujeres, y oler las medias y los zapatos, con gran excitación genital que satisfacía a menudo por la masturbación.

Tenía una ansiedad de castración intensa en relación con el órgano genital femenino, que veía como una herida. También pensaba que tenía dientes y podía morder. Su genitalidad había sufrido una regresión hacia una instintividad anal y oral-digestiva. El interés por las materias excrementicias provenía de la temprana infancia y estaba claramente vinculado al trauma del destete. Las frustraciones y agresiones oral-digestivas y su regresión a la oralidad por las frustraciones genitales habían desvalorizado la leche de la madre convirtiéndola en algo sucio y prohibido como excrementos. La ansiedad de castración le hizo sustituir al interés por el genital femenino el interés por el ano y los

excrementos, y después el interés por los fetiches, en cuya elección participan los instintos genitales, ya que eran sustitutos de los órganos genitales.

Como Freud lo ha señalado, su fetichismo era a la vez una negación y una afirmación de la ansiedad de castración. Le permitía una cierta clase de genitalidad, pero con mucho de renuncia a la genitalidad masculina. El conocimiento del genital femenino y el placer de mirarlo habían sucumbido a una ansiedad de castración intensa. Contrariamente a lo que se escribe generalmente, considerar el órgano femenino como fálico no tenía por finalidad superar la ansiedad de castración, sino lo opuesto: un sometimiento intenso a la castración. El pene que fantaseaba en el genital femenino era el de su padre, que le cerraba la entrada. Sus fantasías sobre una vagina fálica eran análogas por la forma y la génesis a las que tenía sobre la vagina dentada: no aliviaban, sino que intensificaban su ansiedad de castración. Otras fantasías derivadas regresivamente de las primeras eran consecuencia de un masoquismo regresivo oral-digestivo. Las fantasías sobre el pene del padre eran siempre inconscientes. Sus fetiches le proporcionaban un alivio de las tensiones psíquicas penosas, trayendo un desplazamiento de su interés libidinoso a órganos y objetos que despertaban menos ansiedad, siendo menos castradores que los órganos genitales excrementicios.

MADELEINE BARANGER

Dugmore Hunter. — OBJECTS, RELATION CHANGES IN THE ANALYSIS OF A FETISHIST (Cambios en las relaciones objetales de un fetichista). *Int. Jour. of Psa.*, Vol. XXXV, 1954, p. 302-312.

Se trata del relato, muy concreto y condensado, del análisis de un fetichista, sin que la perversión sea especialmente estudiada. Nos limitaremos, pues, a indicar algunos elementos del análisis de este caso relacionados con el fetichismo.

El paciente acudió al análisis por su fetichismo y por las angustias que sentía a causa de él, con el deseo consciente de “poder llevar una vida normal”, pero el análisis se focalizó sobre los trastornos caracterológicos subyacentes. Era un maestro de escuela, de 31 años de edad, hijo único, que vivía con sus padres. Su vida amorosa se había limitado a media docena de relaciones medio platónicas y muy frustradoras con compañeras. Su objeto fetiche era el impermeable “mackintosh” de la mujer.

La primera manifestación de fetichismo caracterizado se produjo a los trece años: empezó a masturbarse mientras hundía su cara en el impermeable azul, suave y brillante de su tía Bella. Otras veces se cubría el cuerpo y la cara con el impermeable, llegando a la satisfacción sexual máxima cuando se sentía sofocado por el impermeable. El interés hacia el impermeable de su tía se extendió muy pronto hacia todos los impermeables de mujer.

La tía Bella era la hermana más joven de su madre, una joven linda que explotaba a sus enamorados. El paciente había dormido en la misma cama que su tía hasta los doce años, pero había manifestado ya anteriormente un interés particular hacia los impermeables. El único impermeable prohibido era el de su madre.

La atracción por el fetiche aparece pues, como sustituto de la atracción sexual por la tía, siendo ésta claro sustituto de la madre. El éxtasis que sentía el paciente con el impermeable que le provoca sofocación se relaciona además con la vivencia de la máscara anestésica en la oportunidad de su circuncisión.

Más importante era la diferencia entre un impermeable y una mujer real: el impermeable no tenía influencia real sobre el paciente, mientras sentía a la

mujer como omnipotente y frustradora (según su vivencia anterior de su madre). Podía controlar el fetiche en vez de ser controlado por su madre.

En el curso del análisis, apareció la fantasía de tener relaciones sexuales con el cadáver de una mujer asesinada por él —una mujer inanimada que no podía burlarse de él ni abandonarlo, y que no tendría placer en las relaciones, y sobre todo no podría tener hijos a consecuencia de ellas.

El análisis de estas situaciones permitió al paciente casarse con una mujer bastante adecuada, pero no ser feliz con ella. Pronto aparecieron la identificación de la mujer con los aspectos destruidos y destructores de la madre.

El progreso subsiguiente del análisis fue la renuncia progresiva a los mecanismos disociativos y la aparición de la depresión, con la disminución correlativa de la envidia. Pudiendo sentir pena hacia un objeto, el paciente podía vivenciarlo como ser humano y poner en juego su capacidad de gratificarlo y repararlo. Al mismo tiempo podía aceptar la paternidad.

A medida que el paciente iba aceptando a su mujer y a su hijo, se iba desvaneciendo su interés hacia el impermeable, quedando como vestigio el placer en ver impermeables de mujer en la calle, pero sin angustia y sin el deseo de seguirlos. Ahora, decía el paciente “me siento tierno, y con esta ternura lo que queda del impermeable se irá”.

WILLY BARANGER

INDICE DEL TOMO II

ACHARD ARROSA, LAURA: *‘Mutismo y comunicación ‘no verbal en un niño autista’*, T. II, Nº 1 - 2

BARANGER, WILLY: *“Algunos mecanismos esquizoides en la concepción del mundo de René Descartes”*. T. LI, Nº 1 -2

BARANGER, WILLY: *“Notas acerca del análisis lego”*., T. II, Nº 4

BION, W. R.: *“Desarrollo del pensamiento esquizofrénico”*, T. U, Nº 1-2

BION, W. R.: *“Notas sobre la teoría de la esquizofrenia”*, T. II, Nº 1 - 2

GARBARINO, HECTOR: *‘El envejecimiento como un síntoma transitorio’*, T. II, Nº. 3

GARBARINO, MERCEDES F. DF: *‘La posición depresiva en el análisis de un niño’*, T. II, Nº 3

JACOBSON, EDITH: *“Sobre identificaciones psicóticas”*, T. II, Nº 1 -2

KATAN, M.: *‘La importancia de la parte no-psicótico de la personalidad en la esquizofrenia’*. T. II, Nº 1 - 2

KLEIN, MELANIE : *‘Algunas conclusiones teóricas relativos a la vida*

emocional del lactante”, T. II, N° 3

KOOLHAAS, GILBERTO: “*El tiempo de la disociación, de la represión, de la reparación*”, T. II, N° 1 - 2

KOOLHAAS, GILBERTO: “*Origen psicótico de la neurosis*”, T. II, N° 4

PEREIRA ANAVITARTE, JUAN: “*Psicoanálisis de la esquizofrenia. Breve reseña histórica*”. T. II, N° 1 - 2

PEREIRA ANAVITARTE, JUAN: *Acerca de una interpretación del silencio*”, T. II, N° 3

RODRIGUE, EMILIO; “*El análisis de un niño de tres años, esquizofrénico y mudo*”, T. II, N° 4.

ROSENFELD, HERBERT: “*Algunas consideraciones sobre la psicopatología de la esquizofrenia*”, T. II, N° 4

ROSENFELD, HERBERT.” *Fenómenos transferenciales y análisis de la transferencia en un caso de esquizofrenia catatónica aguda*”, T. II, N° 4

ROSENEELD, HERBERT: “*Nota sobre la psicopatología de los estados confusionales en esquizofrenias crónicas*”, T. II, N° 4, 532

SEGAL, HANNA: “*La depresión en esquizofrénicos*”, T. II, N° 1- 2

