

PRESENTACIONES DEL
V FORO PSICOANAL. - ZURICH
1974

Instit. Psicoanal. de
Madrid

ELECCION Y RENUNCIA EN EL PROCESO DE INDIVIDUACION

Dr. Guillermo de Gueral Lombardero
Instituto Psicoanalítico de Madrid

Todo cambio -y el crecimiento lo es- supone necesariamente un abandono, tras un proceso de elección; la individuación es un cambio desde una posición de simbiosis a otra de libertad, posturas, como veremos, por completo incompatibles entre sí, y es un cambio que exige dolorosos tributos como son la renuncia a las fantasías mágicas y omnipotentes que con tanta frecuencia anclan al individuo en su desarrollo, impidiéndole la plena utilización de sus reales potencialidades.

Desde su nacimiento, el niño atraviesa por una serie de vicisitudes que entendemos en cierta medida distintas a las descritas por Freud y los primeros psicoanalistas; en efecto, éstos plantean ~~preferentemente~~ los conflictos a los que el niño se enfrenta preferentemente a un nivel de relaciones triangulares, edípicas, lo cual significa ya un cierto grado de autonomía que no siempre, ni mucho menos, y la clínica nos lo confirma, se consigue. Con la mayor frecuencia el conflicto se plantea entre una dependencia oral, más o menos simbiótica, en relación con la madre, es decir, a un nivel relacional bipolar, y la actitud opuesta, la de independencia, "despegue" o resolución de la simbiosis. Lo aparente de la problemática que nos plantean nuestros pacientes es con mucha frecuencia edípica, pero con claridad se advierte que tras esta fachada se esconden, en la mayor parte de los casos, posiciones mucho más primitivas. Cuando exploramos a un paciente tenemos la costumbre de investigar el nivel, en el desarrollo de la libido, en que ha quedado preferentemente fijado, o al que ha regresado, investigación que llevamos a cabo valorando determinadas actitudes, fantasías, formas de comportamiento, etc. Pues bien, no siempre, ni mucho menos, corresponden estos rasgos a la auténtica fijación. Estudiando neuróticos obsesivos hemos comprobado invariablemente cómo debajo de la indiscutida "fijación" anal, existía una fuerte impulsividad oral-sádica, verdadero exponente de la auténtica fijación; la anal, en estos enfermos no corresponde sino a una fuerte estructura defensiva. En general, solemos observar una estructuración, responsable de la sintemateleología o de los rasgos caracteriales, correspondiente a un nivel precisamente superior al que en profundidad ha quedado fijado el sujeto; regresará o no a él según las vicisitudes de su vida o a la influencia de un tratamiento, o bien permanecerá oculto y latente siempre. Decimos todo esto para insistir en nuestro punto de partida: por mucho que las apariencias nos sugieran un conflicto edípico, debemos investigar si lo que ocurre es que el paciente no ha llegado a salir de una situación de relación bipolar, hecho que con la mayor frecuencia vemos en nuestra práctica clínica.

Es en esta relación madre-hijo primitiva en la que se van a sentar las bases que van a permitir o no, o mejor dicho, que van a favorecer o entorpecer el camino hacia la adquisición de una identidad libre y autónoma internamente. Es M. Klein la primera en describir los tempranos mecanismos defensivos que operan en el niño en los tiempos iniciales de su vida de relación, como respuesta a las primeras frustraciones y ansiedades que necesariamente su existencia va a acarrear. Pensamos que de todos los mecanismos por ella descritos (disociación, negación, etc.), el que más nos interesa aquí es el que ella llamó identificación proyectiva. Consiste en la disociación de aspectos del self y de los objetos internos, que se proyectan en el objeto externo, el cual, de esta forma, es poseído y controlado por las partes proyectadas, y la ulterior identificación con ellas. Al respecto, L. Grinberg dice: "en condiciones normales este mecanismo constituye la base de la empatía con el objeto, ya que permite que el sujeto se coloque en el lugar del otro. Toda persona provoca inevitablemente en la otra ciertas reacciones emocionales, de acuerdo con las actitudes con las que se presenta, la forma en que le mira o le habla, el contenido de lo que dice, sus expresiones, gestos, etc. Esto quiere decir que las identificaciones proyectivas (provenientes de las diversas fuentes que despiertan las reacciones emocionales correspondientes: simpatía, enojo, pena, hostilidad, aburrimiento y otras) se encuentran siempre en acción. Este es lo que normalmente ocurre en toda relación humana, y constituye la esencia de la comunicación: el objeto, a su vez, también funciona con sus propias identificaciones proyectivas; por lo tanto, se produce un intercambio mutuo".

Este proceso descrito es, efectivamente, normal en las relaciones humanas, y, lejos de lo que en otras circunstancias a las que nos vamos a referir ocurre, no solo no mutila a Yo, o al Self, ni transfiere y falsea al objeto, sino que supone un enriquecimiento y un fortalecimiento de las citadas instancias. Por ejemplo, en la relación terapéutica, la postura deseable en el analista es la de empatía: hay un movimiento hacia el sujeto, con cierta proyección de partes del self del terapeuta (como por ejemplo, imaginarse curado al enfermo cuando en realidad aún no lo está: esto supone una indudable proyección y deformación objetiva: el enfermo no está curado, pero, gracias a nuestra deformación, gracias a nuestras proyecciones, en el caso de que tengamos vivencia y experiencia de lo que es vivir sanos, gracias a ellas

podemos imaginar y programar lo que consideramos positivo), pero, y este es lo importante, el Yo y el Self del terapeuta permanecen inalterables, íntegros; no hay fusión con el objeto; no se ha perdido ninguna parte propia; los aspectos proyectados no es que vayan a ser recuperados, sino que ni siquiera han dejado en ningún momento de pertenecer al terapeuta. Incluso la identificación empática con los conflictos y padecimientos del enfermo, el "ponerse en su lugar", se hace bajo las mismas condiciones de inalterabilidad de la identidad del terapeuta.

Contraria a esta manera de establecer relaciones objetales, aun usando del mismo procedimiento, está la tendencia a la utilización de estas identificaciones como mecanismo defensivo, defensa que, como luego veremos, sustrae al Yo y al Self parte de su fuerza. ¿De qué va a depender que el niño se habitúe a la utilización "negativa de este mecanismo?. Podemos decir de una manera muy general que se origina tras las primeras experiencias ansiógenas. Lo que creo que es importante tratar de aclarar aquí es a qué responden las primeras ansiedades, cual es la intensidad con la que van a ser vividas, cual es la fuerza del Yo para ser e incapaz de tolerarlas. En la medida que, o bien la ansiedad es muy prematura, o el Yo es demasiado débil, o las frustraciones son demasiado intensas, se recurrirá preferentemente a los mecanismos de defensa correspondientes a la fase esquizo-paranoide descritos por M. Klein: proyección, negación, escisión; ~~negación~~; la relación con el objeto estará muy contaminada por los mismos, y tanto la ansiedad como la culpa sentida frente al objeto va a ser de carácter persecutorio la consecuencia suele ser una posición masoquista, necrofilia y apuesta al crecimiento por parte del Yo.

¿Es el instinto de muerte el que bajo su imperio va a establecer las condiciones necesarias para dar como fruto un individuo con actitud necrofilia y destructiva hacia la vida, o es la observación de esta actitud en el hombre lo que hace suponer a otros hombres la existencia e influjo de dicho instinto?. Formulada de otra manera la cuestión: ¿Es el instinto de vida el que a algunos -muchos o pocos- individuos salva de las tendencias destructivas de su opuesto, el de muerte?. Porque si es así, la postura que se adopte frente al mundo va a depender del interjuego de esta dualidad instintiva, y mucho menos de la influencia del ambiente. Por el contrario, nosotros creemos que es esta influencia la que va a ser decisiva, y que las vivencias demasiado angustiosas producen una sensación de destructividad que posteriormente va a actuar

a modo de instinto, condicionando el comportamiento del individuo.

El profundo sentimiento de desvalimiento que puede experimentar el bebé incrementa la fuerza de sus fantasías de omnipotencia (mejor dicho, la necesidad de estar de alguna manera en relación y en función de la omnipotencia), para lo cual recurre a la idealización del objeto y a una posterior identificación con él. Pero el proceso de idealización tan solo se realiza a través de la proyección y a expensas de uno mismo. El Yo del niño, de por sí débil, así como el Self, se van a ver debilitados más aún, con lo cual una nueva frustración en la relación de objeto va a tener como respuesta un reforzamiento de la puesta en marcha del mecanismo antes descrito, debilitando más y más al Yo. En circunstancias extremas, este continuo empobrecimiento del Yo conduce a la melancolía, a la despersonalización, y a la esquizofrenia. A esta progresiva pérdida de la integridad yoica y de la propia identidad contribuyen los sentimientos hostiles provocados por las primeras frustraciones, y por la posterior envidia vivida en la relación de dependencia. Como es fácil de comprender, así no se establece una relación de amor, pues se empieza por no reconocer al objeto como tal, sino que se vive muy fuera de sus límites y, lo que considero más importante, uno mismo no es vivido como tal, sino debilitado en su intimidad por las proyecciones de las partes propias al objeto, por más que se viva la ilusión de "fermar parte" de dicho objeto ideal. Y no habiendo un reconocimiento del otro como tal, no habrá sino rabia y rencor ante cualquier frustración proveniente del mismo.

Como sabemos, la culpa es el sentimiento que se experimenta tras la fantasía de daño al dirigir al objeto los propios impulsos hostiles.

Básicamente, como culpa se puede sentir temor a la represalia o al abandono por parte del objeto agredido, se puede sentir pena y deseo de reparar el posible daño infligido al mismo, o se puede sentir ambas cosas a la vez. La intensidad de cualquiera de ellos va a conferir un carácter peculiar y específico al sentimiento de culpa. Si la relación se ha establecido sobre una base de idealización, es decir, sobre una negativa al reconocimiento de los límites, difícilmente se va a sentir dolor, sino temor; todos los posteriores mecanismos irán encaminados a aplacar al objeto persecuidor; se trata, pues, de culpa paranoide; los sentimientos con que esta se manifiesta son rencor, rabia, resentimiento, depresión, auterreproches, etc. Pero si el sentimiento básico es el de pena por el daño hecho al objeto (lo cual significa ya de entrada un reconocimiento de los límites, pues es reconocimiento de vulnerabilidad, y por tanto no hay lugar para la omnipotencia), con deseos de reparar y reconstruir:

el objeto dañado, la culpa será depresiva.

De la misma manera que las identificaciones proyectivas engendran un círculo en virtud del cual el objeto se "enriquece" a expensas del Yo, que paulatinamente se debilita hasta llegar a situaciones extremas de pérdida de identidad, el proceso a que da lugar la culpa depresiva, y que permite a la vez que esta tenga lugar, es constructivo y se desarrolla en sentido inverso; si las gratificaciones han sido suficientes, si las ansiedades no han sido demasiado prematuras ni demasiado intensas, el Yo tendrá un desarrollo armónico y adquirirá la fuerza necesaria y suficiente como para empezar a admitir la relatividad de su existencia y la de los demás, y los límites que eso conlleva. Al no haber excesiva necesidad de fundirse con un objeto absolutamente ideal y omnipotente, no se emplearán con tanta intensidad los mecanismos de proyección, con el consiguiente anhelo al no proyectar al exterior trozos de sí mismo. Al contrario, poco a poco, en la medida que se va reconociendo al objeto, se le va "desvelando" sus partes negativas (de las que se había hecho cargo el sujeto), y se van reincorporando los aspectos buenos puestos en el objeto, y que siempre fueron propios. Hay un auténtico trabajo de recomposición de uno y de otro, delimitando a cada cual, a la vez que ha de haber un auténtico trabajo de duelo por la imagen que en algún momento fué idealizada y que ahora se acepta sin rencor que no lo sea.

Pero llegar a este grado de madurez es una de las posibilidades, si bien la deseable, en la evolución de los sentimientos de ansiedad y culpa paranoicas. Se pueden dar otras circunstancias y otros resultados, como son:

-el sentimiento que se experimenta ante una pérdida de objeto tiene un carácter tan desintegrador, que el sujeto pierde por completo su contacto consigo mismo y con la realidad exterior, y aboca a un cuadro de psicosis esquizofrénica, con una total negación de la identidad y libertad.

-ante una pérdida objetal, se puede hacer una escisión del objeto en partes buenas, por un lado, y partes malas, por otro. Los aspectos negativos, junto con los sentimientos hostiles dirigidos al objeto a raíz de su pérdida (vivida como abandono) son introyectados y pasan a formar parte del Yo y del Self. Los aspectos positivos, incrementados por la idealización, son mantenidos fantásticamente fuera

El resultado clínico es la depresión.

-El mecanismo a través del cual se llega a la manía, es, como sabemos, el mismo apuntado para la melancolía, al que se añade una negación que tiene lugar cuando el sentimiento depresivo es intolerable.

- otra posibilidad es proyectar los impulsos hostiles propios al objeto, negándoles en uno mismo. El objeto pasa así a ser perseguidor, y el sujeto se siente totalmente justificado. Clínicamente corresponde a la paranoia y a los sentimientos paranoides.

En otros hemos observado un mecanismo que sirve de base a determinadas actitudes y neurosis caracteriales, y que tiene lugar también en el curso de algunos tratamientos, cuando se llega al planteamiento del duelo de las imágenes idealizadas, particularmente la del analista. Este mecanismo es semejante al descrito como productor de la depresión, si bien el resultado clínico no es el correspondiente a este síndrome. En definitiva, se trataría de una aceptación de un

"hacerse cargo" (no hablaría aquí de introyección), de lo negativo, idealizando proyectivamente las imágenes exteriores. Sin embargo, - dan estos pacientes la impresión de poseer un yo bastante más integrado que el de los depresivos. Es más, ni siquiera dan la impresión de estar deprimidos; parece como si les interesara mantenerse en esta postura de inferioridad y así, a su manera, vivir una existencia más o menos estable. Ciertos trastornos de carácter, inhibiciones de diversa índole (social, afectiva, laboral, etc) y fundamentalmente en el curso de los tratamientos, en el momento de plantearse un trabajo de desidealización del terapeuta (con el consiguiente crecimiento y rebustecimiento del yo del analizado) es donde más se presenta esta defensa. Parece tratarse de individuos capaces de --

plantearse la posibilidad de una renuncia a funcionar a base de -- identificaciones proyectivas, a base del mantenimiento de ideales, pero incapaces en la práctica, si no es con la ayuda de la terapia adecuada, de llevar a cabo una verdadera elaboración y resolución del conflicto. Si no se sale al paso, se convierten en los eternos pacientes que cuando hacen un logro dan marcha atrás en su análisis, temerosos de que su "curación" les prive del "privilegio" de mantener una cierta relación con un terapeuta ideal dedicado a ellos.

ESTUDIANTES: Nº Total : 34

Estado:	Solteros.. 33	18-20.. 6	Sexo:	Hombre.. 23
	Casados... 1	21-23.. 18		Mujer... 11
		Edad: 24-26.. 14		
		27-30.. 4		

Profesión:	Escuelas Técnicas... 9	Psicología... 5
	Medicina..... 4	Filosofía.... 5
	Económicas..... 3	Derecho..... 4
	Ciencias..... 3	Periodismo... 1

Preguntados por el motivo de la consulta y la historia de la enfermedad actual, las respuestas fueron:

Depresión..... 16	Fobias..... 5
Problemas rel.interpers. 13	Problemas rel. familiares.... 5
Inseguridad..... 11	Alteraciones sexuales..... 5
Menor rend. académico... 9	Intento de suicidio..... 5
Angustia..... 9	Obsesiones..... 5
Ansiedad..... 9	Consumo de drogas..... 5
Somatizaciones..... 7	Sentimiento de soledad..... 5

Preguntados sobre lo que consideraban ellos como causa consciente de la enfermedad, respondieron:

No se especifica..... 20	Conflicto con la familia.... 4
Conflicto con la pareja.... 4	Frustraciones infantiles.... 2

Investigada la edad escolar y extraídas cuatro variables que hacen referencia a: 1) Adaptación al ambiente, 2) Rendimiento escolar, 3) Relaciones interpersonales y 4) Participación en los juegos; los resultados fueron:

Adaptación..... 13	Bueno..... 11
1) Rechazo..... 17	2) Mediano-malo..... 12
No especificado. 4	No especificado... 11
Contacto..... 6	Activo..... 11
3) Aislamiento.... 14	4) Pasivo..... 15
No especificado. 14	No especificado... 8

Investigada la época de la pubertad y extraídas las variables : 1) Si hubo información previa acerca de las manifestaciones de la sexualidad y por parte de quien y 2) Reacción a la menarquia-eyaculación. Los resultados fueron :

1) Información... 8	...Amigos.. 7	2) Escrupulos... 7	Temor.... 4
No " " 8	Padres.. 1	Satisfacción. 3	N.E.17
No especificado 18		Vergüenza.... 3	

Preguntados sobre : 1) Personalidad del padre, 2) P. de la madre y 3) Relaciones entre ellos. Los resultados fueron :

Proximo..... 2	Proxima..... 10	3) Cálidas..... 9
Lejano..... 19	Lejana..... 14	Conflictivas.... 8
Autoritario.. 11	Débil..... 10	Distantes..... 14
1) Comprensivo.. 2	Fuerte..... 11	Separados..... 4
Inseguro..... 12	Insegura..... 2	
Ambivalente.. 16	Ambivalente.. 14	
Ausente..... 7	Ausente..... 1	

Investigado : a) Nº total de hermanos, b) Lugar del paciente entre ellos y c) Lugar del paciente entre los del mismo sexo, resulta :

1.. 1	5.. 8	1.. 10	4.. 7	1.. 13	4.. 2
2.. 4	6.. 6	b) 2.. 6	5.. 1	c) 2.. 8	5.. 1

Consultados sobre el medio social y económico, las respuestas fueron : Bajo... 5 Medio... 13 Medio-alto... 13 Alto... 2

=====

Preguntados por la valoración de la aprobación de los demás :

Necesaria... 11 Importante... 16 Indiferente... 7

=====

Preguntados sobre su relación con los superiores y figuras de autoridad:

Aceptación... 6 Inhibición... 9 Hostilidad... 13 Sumisión..... 6

=====

Preguntados sobre las aficiones y el modo de ocupar el tiempo libre:

Solos... 14 En colectividad... 10 No especificado... 10

=====

Preguntados sobre la valoración de la relación de amistad y el tipo de amigos, respondieron:

Necesaria.... 5 Muchos.... 5 Intimos..... 3
Importante... 24 Pocos..... 17 Superficiales.. 18
Indiferente.. 4 Ninguno... 0 Ocasionales.... 2
No esp..... 1 No esp.... 12 No esp..... 11

=====

Investigada la valoración de la relación amorosa (heterosexual) y la vida sexual y agr... las contestaciones en cinco apartados:

- 1) Valoración de la relación afectiva. 2) Valoración de la relación sexual. 3) Si han mantenido relaciones afectivas en la realidad y su reacción. 4) Si han mantenido relaciones sexuales completas y su reacción. 5) Si mantienen en la actualidad relación heterosexual estable :
Necesaria..... 3 Necesaria..... 2 No.. 4 Conflicto.... 9
1) Importante....24 2) Importante....14 3) Si..17...Decepción.... 5
Indiferente... 2 Indiferente... 7 N.E.13 Satisfacción. 3
N.E..... 5 N.E.....11
No....14 Satisfacción... 6 Si.... 8
4) Si...17.... Conflicto.....10 5) No....21
N.E... 3 Asco..... 1 N.E... 5

=====

Preguntados sobre las cualidades que desearian tener (seleccionando la que se responde en primer lugar), las tres que aparecen con más frecuencia, serían :

Seguridad en sí mismo...5 Inteligencia..5 Equilibrio psíquico.4

=====

En relación con el rendimiento académico, los resultados fueron :

Bueno... 8 Mediano... 12 Malo... 10

=====

Preguntados sobre su forma de reaccionar frente a la sensación de fracaso o inferioridad, las respuestas fueron:

Negación... 14 Depresión... 15 Intento de superación... 5

=====

Preguntados sobre su forma de expresar la necesidad, respondieron :

No la expresan... 11 Si la expresan (con dificultad)... 12
Si la expresan (sin dificultad)...11

=====

Los diagnosticos clínicos (fenomenológicos) que se dieron, fueron:

Table with 2 columns listing clinical diagnoses and their counts. Includes items like Depresión Neurótica, Psicótica, Patología del estudio, Neurosis de Angustia, Fóbica, Psicopatía, Neurosis histero-fóbica, Obsesivo-fóbica, Bouffée Delirante, Anorexia Nerviosa, Neurosis de Despersonalización, Neurosis de Inferioridad.

PROFESIONALES Nº Total : 16

Solteros... 11	21-23.. 1	Hombres.. 13	Escuelas Tecnicas.. 4
Casados... 4	24-26.. 7	Mujeres.. 3	Medicina..... 4
Separados.. 1	27-30.. 7		Economicas..... 3
			Derecho..... 3
Psicología.. 1	Químicas.. 1	Periodismo..1	Filosofía..... 2

Preguntados por el motivo de la consulta y la historia de la enfermedad actual, las respuestas fueron:

Depresión.....13	Dificultad rel.interpers. ... 4
Falta de confianza en sí mismo.. 7	Timidez..... 4
Apatía..... 6	Ansiedad..... 3
Disminución de la vitalidad..... 6	Somatizaciones..... 3
Miedo al fracaso..... 5	Dificultades conyugales..... 2

Preguntados sobre lo que ellos consideran como causa consciente de la enfermedad, respondieron:

Fracaso en rel. afectiva..4	Infancia.....2
Mala situación profesion..3	Otros motivos(1 resp.cada uno)...4
Miedo adquirir responsab..2	No especifica.....1

Investigada la edad escolar y extraídas las variables: 1)Adaptación al ambiente. 2)Rendimiento escolar. 3)Relaciones interpersonales y 4) Participación en los juegos, los resultados fueron:

Adaptación.. 4	Bueno....10	Contacto..... 2	4) Activo... 4
1) Rechazo..... 7	2)Med↓malo. 5	3)Aislamiento..12	Pasivo...12
No especif.. 5	No esp... 1	No especif... 2	

Investigada la época de la pubertad y extraídas las variables:1)Si hubo información previa acerca de las manifestaciones de la sexualidad y por parte de quien. y 2) Reacción a la menarquia-eyaculación, los resultados fueron:

Inf. Previa... 3	...Padres.. 1	Escrupulos..... 5	No esp.... 4
1) No inf. 9	Amigos.. 2	2) Temor..... 4	
No especif. .. 4		Vergüenza..... 3	

Preguntados sobre: 1)Personalidad del padre. 2) Personalidad de la madre y 3) Relaciones entre ellos, los resultados fueron:

Proximo..... 1	Proxima..... 7	Cálidas..... 3
Lejano.....12	Lejana..... 5	3) Distantes..... 7
Autoritario.. 8	Débil..... 7	Conflictivas... 6
1) Comprensivo.. 1	2) Fuerte..... 6	
Inseguro..... 5	Insegura..... 1	
Ambivalente.. 6	Ambivalente.. 8	
Ausente..... 2	Ausente..... 0	

Investigado: a) Nº total de hermanos. b) Lugar del paciente entre ellos. y c) Lugar del paciente dentro de los del mismo sexo, resulta:

a) 1º.. 3	4º.. 1				1º... 11
2º.. 2	5º.. 3	b) 1º.. 6	3º.. 3	c) 2º... 2	
3º.. 3	6º.. 4	2º.. 6	5º.. 1	3º... 2	
				4º... 1	

Consultados sobre el medio social y económico, las respuestas fueron
 Bajo... 2 Medio... 6 Medio-alto... 5 Alto... 2 No... 1

Consultados sobre la valoración que hacen de la aprobación de los demás :

Preguntados sobre su relación con superiores y figuras de autoridad:

Aceptación.. 2 Inhibición.. 4 Hostilidad.. 3 Sumisión.. 7
=====

Preguntados sobre la valoración de la relación de amistad y el tipo de amigos:

Necesaria.... 3	Muchos.... 1	Intimos..... 0
Importante... 13	Pocos..... 6	Superficiales.. 6
Indiferente.. 0	Ninguno... 3	Ocasionales.... 2
	N.E..... 6	N.Ex..... 8

=====

Investigada la valoración de la relación amorosa (heterosexual) y la vida sexual : 1) Valoración de la relación afectiva. 2) Valoración de la relación sexual. 3) Si han mantenido relaciones afectivas y su respuesta. 4) Si han mantenido relaciones sexuales completas y su reacción. y 5) Si mantienen en la actualidad relación heterosexual estable:

Necesaria.... 1	Necesaria.... 1	No.. 1	Conflicto... 6
1) Importante... 12	2) Importante... 6	3) Si.. 7	Decepción... 1
Indiferente.. 0	Indiferente.. 3	N.E. 8	
N.E. 3	N.E. 6		

4) No... 3	Conflicto... 8	Si..... 6
Si... 13	Satisfacción. 2	5) No..... 9
N.E.. 0	N.E. 3	N.E. 1

=====

Preguntados sobre las cualidades que desearían tener:(seleccionadas) las tres respuestas que aparecen más frecuentemente):

1) Espontaneidad.. 2) Inteligencia. 3) Sociabilidad.

En relación al rendimiento en el trabajo, los resultados fueron:
Bueno... 9 Mediano... 5 Malo... 2
=====

Preguntados sobre su modo de reaccionar frente a los sentimientos de fracaso o inferioridad, las respuestas fueron:

Negación...(7) 5 Depresión...(12) 9 Intento de superación...(3) 2
=====

Preguntados sobre su forma de expresión de la necesidad, respondieron:

No la expresan... 6 Si la expresan (con dificultad)... 9
Si la expresan (sin dificultad)... 1
=====

Los diagnósticos clínicos (fenomenológicos) que se dieron :

Neurosis de caracter..... 5	Neurosis histerofóbica..... 1
Depresión Neurótica..... 4	Neurosis de conversión..... 1
Depresión Psicótica..... 2	Impotencia..... 1
Psicopatía..... 1	Homosexualidad..... 1

=====

ESTUDIANTES (Rorschach) nº total: 27

Investigada la inhibición intelectual, y en caso de existir, las funciones afectadas por la misma, los resultados fueron:

No..... 1	Capacidad general... 6
Si.....20	Productividad..... 8
No consta, 6	Concentración..... 3
	Otros..... 3
Causas.... Aumento de angustia..... 3	Depresión..... 2
Deformación de realidad... 1	Represión..... 1
No constan las causas.....20	

=====

Investigada la inhibición afectiva y, en caso de existir, el grado de la misma :

No..... 0	Profunda..... 13
Si.....24	Media..... 11
No consta.. 3	Ligera..... 0

=====

Investigada la valoración interna, los resultados fueron:

Buena..... 1	
Mala..... 22	Actitudes compensatorias.... 5
No consta.. 4	

=====

Investigados los mecanismos de defensa que aparecen:

Intelectualización.... 18	Control..... 4
Represión..... 14	Regresión..... 4
Proyección..... 8	Bloqueo..... 3
Negación..... 7	Desplazamiento..... 3
Rigidez..... 5	Congelación Afectiva... 3
Alejamiento..... 4	Disimulo..... 3
Aislamiento..... 4	Inmovilidad..... 2

=====

Investigada la identidad sexual, los resultados fueron:

Asumida..... 0	Rechazada..... 8
Inmadura.... 18	No consta..... 1

=====

Investigadas las imagos parentales:

PADRE----	No conflictivo... 0	Atemorizante..... 6
	Conflictivo.....19	Causa agresividad.... 2
	No consta..... 7	Causa angustia..... 1
		Lejano.....10
MADRE----	No conflictive... 0	Idealizada..... 1
	Conflictiva.....21	Atemorizante..... 7
	No consta..... 5	Poco gratificante... 2
		Ambivalente.....10
		Rechazada..... 2

PROFESIONALES (Rorschach) Nº total: 9

Investigada la inhibición intelectual: 1) Si la hay. 2) Funciones afectadas y 3) Causas. Los resultados fueron:

No existe.. 0	Capacidad general.. 3	Angustia..... 2
1) Sí existe.. 8	2) Productividad..... 3	3) Depresión.... 2
No consta.. 1	Concentración..... 2	No consta.... 5

=====

Investigada la inhibición afectiva ; de la misma:

No existe.... 0	Profunda.....
Sí existe.... 9	-----Media.....
	Ligera.....

=====

Investigada la valoración interna:

Buena..... 0	
Mala..... 8	----- Actitudes compensatorias.. 2
No consta... 1	

=====

Investigados los mecanismos de defensa:

Represión..... 6	Formaciones reactivas..... 2
Negación..... 4	Proyección..... 2
Desplazamiento..... 3	Alejamiento..... 2
Aislamiento..... 3	Intelectualización..... 2

=====

Investigada la identidad sexual:

Asumida..... 0
Inmedura.... 6
Rechazada... 3

=====

Investigadas las imágenes parentales:

PADRE----	No conflictivo... 0	Atemorizante... 2
	Conflictivo..... 9	----- Lejano..... 6
		No consta..... 1
MADRE----	No conflictiva... 0	Atemorizante..... 2
	Conflictiva..... 8	----- Poco gratificante.. 3
	No consta..... 1	Ambivalente..... 2
		Lejana..... 1

=====

V Forum Internacional de Psicoanálisis. Zurich, Septiembre de 1974.

ACTITUDES Y COMUNICACION NO-VERBAL EN LA TERAPIA DEL PROCESO DE INDIVIDUACION.

A. Cállego-Meré, M. D.

Instituto Psicoanalítico de Madrid.

Con motivo de la presentación de un caso de estructura ambigua de la personalidad, JOSE HENGER, en su libro "Simbiosis y Ambigüedad" (1), señala como "durante años, el tratamiento ha tenido como única función, el mostrar y hacer tomar "insight" al paciente de sus limitaciones y su falta de capacidad de interiorización".

La práctica clínica, nos pone cada vez con más frecuencia frente a este tipo de pacientes caracterizados, por una incapacidad de reconocimiento de su mundo interno y una tendencia sistemática a la externalización; y en los que, las técnicas habituales de trabajo no resultan adecuadas, ya que no se mueven en el seno de una situación triangular, sino bipolar. Son pacientes, en los que la diferenciación de límites con el "otro" y la elaboración de la situación simbiótica es muy deficitaria y en consecuencia, carecen de la capacidad y oica de autoobservación necesaria, para poder experimentar las tensiones como conflictos.

¿Cuales son las actitudes y los tipos de intervención mas adecuadas para el tratamiento de estos pacientes?, este es el tema, de nuestra reflexión.

Antes de entrar en el planteamiento del problema, creo que debemos definir específicamente desde un punto de vista de clínica psicoanalítica, los enfermos a los que nos estamos refiriendo y cuales son, los rasgos específicos en los mismos, de la relación de objeto.

En la obra, ya clásica, de la escuela psicoanalítica francesa: el "Psicoanálisis Hoy" y en su capítulo, sobre las "Indicaciones y Contraindicaciones del psicoanálisis" (2), NACHT y LEVORICI, establecer las siguientes contraindicaciones en función de la estructura

(1) J. HENGER. "Simbiosis y Ambigüedad". Ed. Paidós. 1972.

(2) S. NACHT y Otros. "La Psychanalyse d'aujourd'hui". Press. U. France 1956.

de la personalidad:

- 1) Casos en los que aparece en primer plano, una estructura narcisística del Yo.
- 2) Casos en los que la estructura del Yo, es fundamentalmente masoquista.
- 3) Pacientes, en los que predomina la estructura homosexual del Yo.
- 4) Casos con una gran tendencia al "acting out".

Estos son los enfermos a los que vamos a hacer referencia, con independencia de las estructuras específicas que presenten en la clínica y que corresponden, a sobreestructuras que se han elaborado en niveles posteriores de desarrollo. Si tratamos de encontrar un denominador común a estos cuadros, diremos que están caracterizados por la persistencia de una estructura narcisística de la personalidad con una falta de reconocimiento de los límites propios. La falta de noción de identidad que deriva de ello, es la consecuencia de su mal reconocimiento de su mundo interno y la tendencia a la externalización.

En reciente libro sobre "La Carencia Fundamental", MICHAEL BALINT (1) destaca en estos pacientes su incapacidad de "interiorizar", tanto la interpretación como la experiencia en general, hecho que nos pone en una coyuntura difícil en el momento del tratamiento.

La capacidad de "interiorizar", implica la existencia de un Yo suficientemente estructurado para que sea capaz de tolerar las tensiones que dicho proceso origina, sin recurrir a defensas, que podemos llamar de "exteriorización". BALINT señala como las más características en este sentido: a) el "acting out", b) la proyección, sobre una base de escisión previa, c) la irrealidad y la pérdida de noción, de lo "familiar", d) la despersonalización, e) la negación y bloqueo del mundo afectivo, con anulación de la capacidad perceptiva, y f) la elaboración de identidades "inauténticas".

El manejo de estas defensas, es la expresión de la dificultad de la relación de estos pacientes con el objeto, lo que se trasluce clínicamente, en una alternativa actitud de reconocimiento o de negociación de la necesidad del mismo, mediante el establecimiento de la oportuna "distancia".

Define BOUVET como "distancia(2)", la aproximación al objeto

(1) M. BALINT. "Le Déficit Fondamental". Ed. Payot. 1971.

(2) M. BOUVET. "La relation à l'Objet". Œuvres. Tomo I. Ed. Payot. 1968.

que el sujeto puede soportar, habida cuenta de la transformación que de aquel ha hecho, a través de sus proyecciones. La "distancia" expresa, en todo caso, la posibilidad de relación existente dentro del mundo interno del enfermo.

Con este planteamiento, el estudio de la "distancia" en el curso del tratamiento de los enfermos a los que estamos haciendo referencia, nos parece un factor de primer orden, para valorar la capacidad de reconocimiento de dicho mundo interno y su posibilidad, de intentar una experiencia de autonomía, o de dependencia "no" narcisística. Coincidimos con RÖLLO MAY(1) en la consideración de que la capacidad de experiencia se hace inicialmente en una actitud de "Yo-pienso", es decir, a una suficiente "distancia" y solamente, cuando el paciente puede concebir el "Yo-puedo", las nuevas percepciones y la reactivación de los recuerdos cobran su verdadero sentido, dándose las circunstancias adecuadas para un auténtico "insight". Solamente entonces, el paciente va a experimentar el "Yo-quiero" / y hará, una experiencia real de sí mismo.

De una forma resumida, podemos decir que los factores que van a condicionar la posibilidad de reconocimiento de la necesidad del objeto, son fundamentalmente los siguientes:

- 1) La calidad e intensidad del impulso oral.
- 2) El grado de estabilidad de la presencia del objeto, que permitirá la integración de la fase sensorial (REIMANN (2) y el establecimiento, de una dependencia oral.
- 3) El grado de frustración a nivel de dicha dependencia oral, que va a condicionar las características de la situación simbiótica y el nivel de la actividad alucinatoria sustitutiva.
- 4) Las posibilidades de salida de la situación simbiótica, conforme a dos líneas básicas de desarrollo. La primera corresponde, a las posibilidades de identificación concordante con un objeto diferenciado que permita, tanto la estructuración de vías de salida para el impulso, como la alternativa necesaria para la progresión de la situación simbiótica hacia una situación triangular.

El segundo factor de evolución es, las posibilidades de movimiento autónomo del sujeto, en el sentido, del grado de

(1) R. MAY. "El problema de la voluntad y la intencionalidad en psicoanálisis". Rev. Psi. Psig. Psico. 1957. Núm. 1.

identificaciones complementarias de que es soporte y que condicionan, por tanto, su capacidad perceptiva.

Estos factores van a ser fundamentales para que la situación simbiótica se estructure de una forma satisfactoria y con ello, que sea posible una progresión a partir de la misma. Pues consideramos, como señala ELLEGER (2), que solamente a partir de una situación simbiótica satisfactoria es posible la evolución hacia formas de relación "no" narcisísticas. La no resolución de la situación simbiótica, da lugar a su transferencia a la relación de objeto en general y a la relación terapéutica en particular, con la aparición de las formas clínicas que expondremos a continuación y que quedarían encuadradas, en lo que ELLEGER ha llamado, estructuras ambiguas de la personalidad. En nuestro trabajo habitual, hemos dado el nombre de simbiosis persecutorias a estas formas clínicas, para significar, que la incapacidad del sujeto de elaborar límites precisos con el "otro", da lugar a que la situación de oposición y tensión, se produzca entre los distintos núcleos del Self con la consiguiente dificultad de integración del mismo. Esa misma ambigüedad y falta de límites, dificulta igualmente la elaboración de la fase esquizo-paranoide y específicamente, la utilización de la proyección como medio de defensa frente a la escisión interna.

En este trabajo, trataremos de sistematizar las formas de presentación transferencial mas frecuentes en estos pacientes y hacer un estudio, de los conceptos de "distancia" y de negación del mundo interno, en los mismos.

Seis son las formas clínicas que hemos encontrado de ~~estas~~ con preferencia y que, conforme a los mecanismos predominantes, podemos agrupar en tres apartados.

Las dos primeras formas, a las que haremos referencia con los términos de "actitud de adaptación complementaria sistemática" y "actitud de mixtificación sistemática", respectivamente, corresponden al predominio de un mecanismo de anulación del mundo interno mediante la adaptación a la personalidad, o al modo afectivo, del "otro".

En segundo lugar tenemos, las actitudes derivadas del mante-

(1) F. REINHARDT. "Sobre la conveniencia del concepto de una fase preoral".
Rev. Psi. Psiq. Pico. 1972. Núm. 20.

(2) J. ELLEGER. Obra citada.

nimiento de una posición de "aislamiento" y en su extremo, la "actitud de negativismo sistemático", que corresponden al intento de bloqueo del mundo interno mediante una negación directa del mismo.

El tercer grupo, estaría integrado por las formas clínicas basadas en un desplazamiento de la noción de "si mismo" a un núcleo periférico del Self, con lo que el paciente realiza una vida ficticia y poco significativa emocionalmente. Tenemos en este capítulo, dos formas de estructuración fundamentales; la sintomatología corporal, que permite plasmar la simbiosis persecutoria dentro del propio Self y la estructuración de pseudoidentidades, que corresponde a la identificación con núcleos orbitales del Self, no incorporados aun al "si mismo".

Haremos referencia a continuación, a las formas clínicas de transferencia que hemos señalado, destacando los aspectos de presentación que nos han parecido mas específicos, así como los fenómenos contratransferenciales mas frecuentes:

1) "Actitud de adaptación complementaria sistemática". En esta forma de presentación, el paciente parece no preguntarse por sus propios intereses o emociones, sino que vive pendiente de adivinar lo que los demás y especialmente, las personas significativas, esperan de él. La actitud externa es seductora y complaciente, realizando "como" con agrado, su actitud adaptativa. La atribución, es la forma de comunicación inauténtica mas significativa en estos enfermos, ya que su "rol" es en realidad, una representación de imagen "buena", totalmente comprensiva y disponible, que a través de llenar las necesidades del "otro" intenta hacer su propia reparación.

En relación con la actitud que describimos a continuación, como de "nifixación sistemática", hay una diferencia fundamental y es, que los primeros conservan un núcleo propio, íntimo, que viven como su autentica personalidad y que les proporciona, una noción de consistencia y de vida auténtica. De alguna forma, son conscientes de que su vida habitual no es verdaderamente significativa, aunque la aceptan como un "rol" que les ha tocado jugar. Es frecuente la clínica depresiva en los mismos y un sentimiento profundo de abandono, ya que su núcleo íntimo parece no interesar a nadie.

En la transferencia, estos pacientes repiten la actitud seductora y adaptativa, realizando en teoría un análisis válido, pero

que en realidad, no es demasiado significativo para ellos. Solamente, la toma de conciencia de su situación interna de negación de la parte mas significativa de ellos mismos, puede llevar el análisis a un terreno verdaderamente constructivo.

Contratransferencialmente, el terapeuta experimenta esta relación como proxima, pero sin calor y sin vida, colaboradora, pero sin un verdadero intercambio.

2) "Actitud de mixtificación sistemática". Conforme a esta actitud transferencial, el sujeto elude la experiencia de su propio mundo emocional y sus deseos dejándose invadir, por las vivencias y los sentimientos del objeto. La cosificación, la mixtificación y la invasión de límites, son los mecanismos mas específicos en la forma de comunicación inautentica de estos enfermos. El grado de conservación de un Yo íntimo, es en estos casos nulo o muy reducido, teniendo una noción muy inconsistente de si mismos, al estar continuamente movidos por estímulos ajenos, bien en relación con un sujeto concreto /o de un grupo o estructura cultural.

En la transferencia, los pacientes aparecen intentando establecer una relación sado-masoquista con el terapeuta, al que reclaman continuamente, una dirección y un contenido emocional para sus vidas. Su actitud básica es servil y seductora, buscando hacerse necesario al "otro", por lo que presentan con frecuencia una clínica homosexual, tanto en la transferencia, como en su comportamiento general. Como señala VIDERMANN en su trabajo sobre "La problemática del deseo" (1), esta relación sado-masoquista es la búsqueda de una aceptación que es vivida como imposible, a través de una posesión fusional.

La vivencia contratransferencial esta impregnada de una sensación de pegajosidad y exigencia, con una continua presión sobre el terapeuta para hacerle abandonar su posición de neutralidad.

3) "Actitud de aislamiento emocional". Representa esta forma clínica un continuo intento de postergación del deseo de dependencia y proximidad, para conservar, una ilusión de aceptación en la que el sujeto no cree. RIEMANN (2), ha llamado repetidamente la atención

(1) S. VIDERMANN. "Le rapport sujet-objet et la problématique du désir"
Rev. F. Psych. 1968. XXXII, 4.

(2) F. RIEMANN. Obra citada, y "Experiencias del análisis de personalidades esquizoides y depresivas". Rev. Psi. Psiq. Psico. 1966, N.º 2.

sobre la importancia en estos enfermos de conservar la "distancia" adecuada y como, el forzamiento de la misma, resulta altamente conflictivo al movilizar sentimientos que el sujeto no tiene suficientemente integrados.

En la clínica, hemos observado tres formas preferentes de presentación de esta actitud.

3a) La más conocida de ellas, se caracteriza por una forma de relación interpersonal totalmente intelectualizada, en la cual, las necesidades y emociones han sido sustituidas por ideas y valores de carácter socio-cultural. Esta forma de estructuración, permite una cierta relación de objeto, preservando a la par al sujeto de una proximidad excesiva.

3b) La segunda forma clínica corresponde, a lo que podemos llamar una actitud de "torpor mental". El paciente parece estar ajeno, o no entender la comunicación, manteniéndose en una disposición roma e insensible a todo movimiento emocional. Esta siempre presente una actitud defensiva, con tendencia al bloqueo de los temas y la tendencia a saltar a otros sin conexión, pero con menor carga emocional. Es habitual igualmente, una gran lentitud de respuesta, con largas pausas, en las que el paciente da la impresión de estar ausente.

Nuestra impresión es, que esta forma de aislamiento se da preferentemente en sujetos portadores de una estructura autística de base y que la propia capacidad de contacto, está poco elaborada.

3c) La tercera presentación que hemos tenido la oportunidad de observar, especialmente en pacientes con una mejor relación de objeto, es la que podríamos llamar de "ambivalencia emocional", caracterizada, por alternancias bruscas de actitudes de dependencia fusional y de pánico a la proximidad, con las consiguientes crisis de negación y rechazo del objeto.

Dinámicamente, entendemos estas distintas posturas de aislamiento, como medios de mantener la relación terapéutica evitando a la par el riesgo, de los deseos de dependencia.

Contratransferencialmente, este tipo de actitudes se sienten como una experiencia de vacío en la relación y de carencia, de deseo de contacto y de acercamiento. El paciente se experimenta como desconectado de una experiencia común y como lejano y ausente.

4) "Actitud de negativismo sistemático". Representa esta postura trasfereencial, una forma extrema de las actitudes de "aislamiento", basada en una negación y una actitud reactiva al deseo de dependencia. Clínicamente se manifiesta por una actitud de oposicionismo y una tendencia sistemática a la desvalorización de las interpretaciones o las actitudes del analista, a la par, que una demanda insaciable y sin esperanza de compensación. Es revelador, en cuanto a la dinámica de estos pacientes, que pese a su continuo rechazo de todo lo que reciben, no abandonan la relación y de hecho, incorporan las experiencias que les han sido comunicadas, aunque sin reconocer su origen.

El negativismo sistemático, cubre una serie de necesidades defensivas, para evitar el reconocimiento del mundo propio; tales como, el condicionamiento a las actitudes y sentimientos del objeto, la conservación de la simbiosis con él, mediante la actitud persecutoria y por último, mediante la continua desvalorización, el reforzamiento de la negación del deseo de proximidad en la medida, que no "vale la pena" desear tal unión.

Contratransfereencialmente, no se produce aquí solamente una vivencia de inutilidad, tal como señalábamos en la forma anterior, sino que se tiende a producir una viva hostilidad que hace difícil el mantenimiento de una adecuada postura, frente a la actitud persecutoria del enfermo.

5) Las actitudes que podríamos llamar de "somatización". Tales presentaciones permiten la plasmación y la localización de la simbiosis persecutoria dentro del propio Self y de este modo, que la relación con los objetos externos tenga una baja significación libidinal. Una parte del cuerpo es investida por los objetos persecutorios y con ello, el resto del Self puede mantener una autonomía de relación, aunque con una carga emocional, mas aparente que real.

No vamos a extendernos sobre las características de la transferencia y la contratransferencia en este tipo de pacientes, que han sido muy estudiados en los trabajos de las escuelas de clínica psicósomática.

6) El último apartado esta representado por las "actitudes de sistematización de pseudoidentidades", que en los casos mas extremos, adquieren los caracteres de autenticas estructuras caracteriales.

Desde el punto de vista dinámico, podemos señalar dos formas

de presentación que nos parecen mas significativas:

1) La primera corresponde a la identificación con el agresor, que representaría, la fijación en si mismo mediante la reproducción de actitudes, de la persona del medio proximo del enfermo sobre la que se ha depositado la función persecutoria. Como en las otras formas descritas, la identificación con la imago interna sirve para el bloqueo del mundo emocional propio, a través de una mixtificación sistémica, especialmente en relación con la imago negada.

2) La segunda forma de presentación corresponde a la identificación con una imago mas o menos abstracta, que corresponde fundamentalmente a la Imagen Ideal de si mismo, en función de los patrones de valor socio-culturales del medio en que el paciente se desenvuelve. El sujeto desarrolla igualmente una vida ficticia, alienado por un orden de valores externo a si mismo.

El condicionamiento a una Imagen Ideal de si mismo, fruto no obstante de la influencia externa, aproxima esta estructura a la descrita inicialmente con el término de "adaptación complementaria sistémica", pero con la diferencia, de que falta esa noción de mismidad sobre la que insistimos allí. El sujeto siente su pseudoidentidad como su personalidad genuina, hecho que la diferencia igualmente de la "mixtificación sistémica", en la que hay una noción vaga e inconcreta de la misma.

Al faltar en estos pacientes un nucleo de "mismidad" y su condicionamiento sistémico, a la realización de una Imagen Ideal ~~mixtificada~~ con la que atraer la atención del "otro", da lugar a una gran fluidez de dicha Imagen Ideal, por la continua adaptación a la demanda que creen que se les hace. Consideramos que esta estructura, es totalmente superponible a la que se ha descrito con el termino de personalidad "factiva".

El abordaje terapeutico de estos pacientes, tiene que estar basado en la consideración de que la intensa voracidad de la que son portadores, será ahora transferida al terapeuta y con ella, la pretensión de una reparación total mediante el mismo. Esta pretensión, nunca abandonada, puede llegar a paralizar el proceso terapeutico con la continua vuelta a un mundo regresivo y la consiguiente reactivación, de un Ideal arcaico y patológico del Yo, que imposibilita, a su vez, el contacto con la realidad. La escisión se produce ahora dentro del propio

Self, entre un Ideal del Yo irracional y que acumula todos los aspectos positivos y el Yo del paciente, en el que son vividos los aspectos pobres y negativos.

La presencia y la actitud de disponibilidad del terapeuta es la que va a permitir a través de la proyección sobre el mismo/dicho Ideal del Yo, que se modifique, en primer lugar, la situación de escisión interna y por otra parte, que se produzca la normalización de dicho Ideal y la consiguiente experiencia de aceptación.

Por supuesto, cuando me refiero a la presencia del terapeuta, hago referencia a una presencia experimentada emocionalmente, posibilidad que debemos tener siempre en revisión dadas las características de estos enfermos.

Antes de entrar de lleno en las actitudes y formas de intervención que nos parecen específicas para el tratamiento de estos pacientes, consideramos útil recordar la forma general de relación interpersonal que es propia de los mismos y que tiene su máxima expresión, en lo que BALINT (1) ha llamado la "regresión maligna". Se trata, básicamente, de una relación "bipolar" en la cual, sólo uno de los miembros cuenta en cuanto a sus deseos y necesidades y el "otro", es simplemente una parte complementaria, a la que se niega la posibilidad de sentimientos o vivencias distintas. La experiencia tanto de frustración como de gratificación, es en estos enfermos muy intensa al activar los subyacentes sentimientos, de temor al abandono o de deseo de aceptación, que tienen en ellos una intensidad máxima.

La agresividad, es sentida sistemáticamente como ajena, a través de la proyección, siendo el paciente incapaz de tolerarla como parte de su propio Self, por lo que ~~adquiere sistemáticamente la culpa,~~ adquiere sistemáticamente los rasgos propios de la forma persecutoria y no depresiva, utilizando la terminología de GRIMBERG (2).

El paciente que está situado en esta zona de carencia fundamental, no experimenta la tensión en forma de conflicto, ya que la falta de capacidad de autoobservación del Yo, sino de carencia o de pánico. La vivencia está más vinculada al Ideal del Yo, que a una instancia represora,

(1) M. BALINT. Obra citada.

(2) L. GRIMBERG. "Culpa y depresión". Ed. Paidós. 1971

experimentándose el rechazo, no como maldad por no someterse, sino como distanciamiento porque no es, suficientemente valioso. Por último, el lenguaje adulto, no representa un medio de comunicación adecuado y válido como en la estructura de relación "triangular", sino ajeno e insuficiente, siendo la comunicación real preferentemente a un nivel pre-verbal.

Técnicamente, hay también una serie de diferencias en la calidad de la transferencia y la contratransferencia.

La interpretación o la intervención del terapeuta, o es negada, o adquiere una significación muy intensa como señal de aceptación o rechazo a un nivel puramente oral y sin conexión, con el sentido específico de la misma. Cada actitud, ausencia o movimiento, cuenta de una forma radical, por lo que se hace muy importante, la conservación de la estabilidad del "encuadre", según señalaremos más adelante. En otro aspecto, la noción de los límites en la propia situación terapéutica es igualmente ambigua, tendiendo con frecuencia el enfermo a "interpretar", al propio analista.

La reacción contratransferencial tiene también aspectos específicos y es especialmente difícil de mantener, con un signo positivo. El terapeuta es continuamente manipulado como un objeto y tratado, como una pura fuente de alimento. No hay una vinculación real y personal, sino que es perfectamente intercambiable y sin que en ningún momento, se experimente la noción de una vinculación segura y estable. No hay noción de compartir, ni vivencia alguna de agradecimiento por parte del enfermo que pide insaciablemente, como un derecho que le corresponde, en función de su carencia. Como consecuencia, se hace difícil para el analista mantener la adecuada distancia y neutralidad, así como no caer en actitudes reactivas.

Básicamente, el proceso terapéutico consiste en una experiencia de reparación, a ~~través~~ través de la relación terapéutica, pero entendida la misma, no como una gratificación o sustitución, sino como un restablecimiento de la relación de confianza. Desde un punto de vista dinámico, creemos que el proceso que se opera dentro de esta experiencia reparadora, tiene cuatro puntos fundamentales:

- 1) El reconocimiento de que existió una experiencia dolorosa, es decir, la supresión de la negación.
- 2) Que ^{la} experiencia sea admitida como propia y correspondiente, a la propia identidad.

- 3) Que en gran parte, tal experiencia es inevitable, porque esta basada en el sentimiento original de indefensión, y en consecuencia,
- 4) Que los padres son solo, relativamente culpables, con la cesación de la actitud retaliativa y el consiguiente mecanismo proyectivo de escape.

La noción de que es ahora libremente aceptado y que ello no es el fruto del "control" o la seducción del enfermo, lleva a este a poder concebir una nueva forma de relación basada en la confianza, que permite el restablecimiento de la integridad narcisística y la consiguiente aceptación, de la depresión primaria (H. RACKER (1))

Hechas estas consideraciones de carácter general, podemos abordar las actitudes específicas que derivan de las mismas y que deseamos proponer como estrategias de trabajo, para el tratamiento de estos pacientes. Consideramos, que los puntos mas importantes a destacar son los siguientes:

- 1) Las características del "encuadre".
- 2) La "actitud" del terapeuta.
- 3) El manejo de la "distancia".
- 4) Los rasgos específicos de la interpretación en función de la estructura ambigua.
- 5) Las características de la progresión de la cura y la organización de la situación triangular.

Si tenemos presente que la tarea terapeutica esta dirigida, en primer lugar, al logro de un contacto real con el enfermo y en segundo, a desarrollar en el mismo una capacidad de autoobservación, debemos plantearnos desde el principio un abordaje mas lento y progresivo, a la par que, mas coherente y ordenado.

WILHELM REICH (2), llamó la atención, ya hace años, sobre la necesidad de evitar el análisis indiscriminado del material que el enfermo nos aporta y la necesidad de mantenerse en un plano preferente de interpretación. En los pacientes que estamos estudiando, esta consideración adquiere el máximo interes, siendo necesario dar a cada fase del tratamiento, el tiempo adecuado.

(1) H. RACKER. "

(2) W. REICH. "

Conforme a nuestra propia experiencia clínica y especialmente, a través el trabajo de supervisión de tratamientos, se nos ha hecho evidente la necesidad de evitar todo movimiento de prisa en el desarrollo del tratamiento de estos pacientes y de estar en guardia frente a los movimientos de desaliento, que habitualmente invaden al terapeuta y le impulsan a un ritmo, no adecuado para el enfermo.

1) En los últimos años, el estudio del "encuadre" en la situación analítica, ha sido emprendido con una mayor profundidad, no considerándolo solamente como una circunstancia adecuada para favorecer la regresión y la consiguiente neurosis de transferencia, sino en su significación dinámica específica y como componente interaccional, en la capacitación vivencial del enfermo.

Entendemos el término "encuadre", en el sentido establecido por BLEGER (1) como un "no-proceso", es decir, como el conjunto de constantes en cuyo marco se produce el proceso de la relación terapéutica. Esta parte, teóricamente inexistente del "setting", tiene una gran importancia en los enfermos que estamos tratando ya que viene a ser, el depositario de la situación de simbiosis latente y por tanto, de los componentes psicóticos de la personalidad. Si tenemos ahora en cuenta, que el desarrollo del Yo, tanto en la evolución espontánea como en el seno de una relación terapéutica, va a depender de la estabilidad y la inmovilidad del "no-Yo", o en otros términos, de la posibilidad de depositar en el mismo las ansiedades psicóticas del sujeto, la necesidad de una estabilidad del "encuadre", adquiere toda su significación. Consideramos que dicha estabilidad, tiene en sí misma una función reparadora en relación con la situación simbiótica, y solo en las fases finales del tratamiento, corresponde el análisis del mismo con la consiguiente movilización de los aspectos psicóticos de la personalidad.

El "estar" del analista, en una actitud de constancia y serenidad, vivo y sintónico, es la máxima garantía para la estabilidad del enfermo frente a su propio mundo interno, confuso y lleno de fantasías de destrucción.

2) El segundo aspecto sobre el que deseamos llamar la atención, es la significación de la "actitud" del terapeuta, frente al enfermo, así como, sobre las características de su disponibilidad contratransferencial.

Las características de la relación narcisista de objeto,

(1) J. BLEGER, Obra citada.

propia de estos pacientes, tiende a acentuar en el seno de la relación terapéutica la escisión entre ambos componentes de la misma, siendo el paciente el depositario de los aspectos pobres y negativos, a pesar de la interpretación. Estas formas de pseudotransferencia positiva pueden dar lugar, en los casos extremos, a precipitar una "regresión maligna" con los rasgos que ya señalamos mas arriba. Es por ello, que nos sentimos plenamente identificados con los trabajos de MICHAEL BALINT cuando recomienda por parte del terapeuta, una actitud "discreta", para significar, una postura humilde y de carencia de toda omnipotencia, que tienda sistemáticamente a compensar la escisión señalada y la desvalorización que el paciente continuamente hace de si.

El analista debe estar dispuesto a dudar, frente al paciente, de su interpretación o comprensión de la situación e incluso pedir, constantemente al mismo, su colaboración para poder ver y entender. En la medida que el terapeuta tiene que ser para estos pacientes una estructura yóica auxiliar que favorezca su capacidad de autoobservación, la relatividad de su actitud, facilita al máximo la admisión de límites en el propio enfermo.

No debemos olvidar, que el terapeuta puede tener sus dificultades en mantener esta "actitud", que le obliga a jugar un papel poco brillante en la relación, obligándose a interpretar de una forma indirecta y discreta, de forma que sea el propio paciente el que tiene la sensación de llegar por si mismo al conocimiento de su mundo interno. Por otra parte, el analista tendrá que recibir continuamente el depósito de la parte psicótica de la personalidad del paciente y en relación específica con esta actitud "discreta", su hostilidad por no ser omnipotente. En comparación con la actitud habitual del trabajo realizado en una situación triangular, el terapeuta debe estar menos ansioso de "comprender" y modificar con la interpretación, todo lo que aparece como patológico. Las identificaciones maníacas así como el "acting out", deben ser tolerados en parte, durante cierto tiempo y se debe ser mas tolerante y receptivo con el sufrimiento del enfermo y su nivel de esperanza, para las situaciones de tensión. No debe olvidarse su relativa impotencia así como la nuestra, en el proceso terapéutico.

Por otra parte, el analista no debe caer tampoco en "suplir" la capacidad de elaboración del enfermo, es el sentido de "dar" al pa-

ciente experiencias emocionales correctivas, o de sentirse con la función de influir sobre la vida real del ^{mismo} paciente, en una actitud protectora. En ambos casos, consideramos que se trata de un manejo omnipotente del terapeuta que no hace sino, acentuar la escisión dentro de la relación, sin que haya una valoración adecuada de la capacidad real del enfermo, ni una aceptación de nuestras propias limitaciones en el tratamiento de estos casos.

3) Si tenemos en cuenta, que el problema básico de estos enfermos es la dificultad de reconocimiento de sus necesidades emocionales frente al objeto, se nos hará evidente, que el manejo de la "distancia" adquiere en ellos un importante papel.

Al plantearnos nuestro "estar" frente al paciente, no debemos olvidar, que el mecanismo fundamental que vamos a utilizar para bloquear su deseo de dependencia es, la negación del mismo y por tanto, toda aproximación excesiva o excesiva distancia, va a dificultar de una forma significativa su capacidad vivencial. En nuestro trabajo habitual, hemos adoptado la disposición de abandonar toda actitud de iniciativa propia, para sintonizar al máximo con la "distancia" que el enfermo desea establecer, respetándola plenamente en las fases iniciales del tratamiento. Hasta en los aspectos de ritmo de hablar, forma de desarrollar las pausas y silencios y en general, de relatividad de la comunicación, debe inicialmente haber una adaptación. Consideramos que otro proceder, no lleva más que al establecimiento de una relación intelectual y sin carga emocional y nos contribuye, a la creación de pseudoidentidades, que a facilitar la introspección. Todo movimiento de aproximación, debe ser cuidadosamente elaborado, sin prisas y sin excesiva presión, para preservar en todo momento/la capacidad vivencial del enfermo.

4) Un cuarto capítulo de los aspectos destacados en el tratamiento de estos enfermos es, la forma que debe adoptar la interpretación.

En primer lugar diremos, que durante la primera fase del tratamiento, la interpretación propiamente dicha, tiene una indicación muy relativa siendo la intervención, la forma más adecuada. Dada la función fundamental de reactivación y de reconocimiento de la vivencia, es evidente que la investigación del "que", es esencial. No nos extenderemos en estos aspectos, ya que entre nosotros el Dr. HEIGL (1)

(1) F. Heigl. "Factores de eficacia en la terapia psicoanalítica". Rev. Psi. Psiq. Psico. 1967. Núm. 7.

los ha tratado ampliamente en una reciente revisión.

Dentro de la utilización preferente de la intervención, deseo destacar algunos aspectos específicos en el tratamiento de estos pacientes, que hacen del mismo un verdadero arte, para evitar las actitudes de negación. Consideramos los puntos siguientes, como los más significativos:

A) En el intercambio con el enfermo, realizar una labor de concretar la vivencia, a través de preguntas complementarias, para obligarle a estructurarla lo más posible.

La razón de ser de esta actitud corresponde, a la búsqueda del establecimiento de límites, como medio de integrar el carácter indiferenciado y simbiótico con que son experimentas y como un paso previo, para la elaboración de una noción de causalidad.

B) Facilitar el encuentro de la vivencia, estimulando directamente la labor de autoobservación y facilitando, incluso, posibilidades para activar esta investigación. En esta línea de actuación, se debe no obstante poner el máximo cuidado en evitar sugerencias o indicaciones que condicionen al paciente. La facilitación de posibilidades debe hacerse de forma tal, que el paciente encuentre en ella, no una posibilidad de confirmación, sino de elección.

C) Establecimiento sistemático de la correlación causal de las vivencias del enfermo, con las circunstancias y motivaciones, tanto a nivel interno como externo. RIEMANN (1), ha insistido igualmente sobre este punto, al establecer la conveniencia de presentar al paciente la imagen que esta da de sí mismo, a los "otros".

La carencia de una noción de causalidad en sus actos, así como de inéperencia de los mismos, es un factor que debe ser tenido continuamente en cuenta para valorar adecuadamente las posibilidades de "insight" del enfermo y la consideración de las circunstancias adecuadas, para lograrlo.

D) Establecimiento de la conexión de la vivencia actual del sujeto con la experiencia pasada, de la que es transferencia, para favorecer la integración de la personalidad y las situaciones de escisión a un nivel temporal.

Dentro de esta técnica de trabajo contra la negación de vivencias a nivel del Yo, consideramos fundamental el análisis pre-

(1) RIEMANN. Obra citada.

coz de la destructividad de estos pacientes, pero estamos de acuerdo con MICHEL MACCOBY (1) en la consideración de la necesidad de valorar la intensidad de las fuerzas biofílicas, aunque sean reprimidas, para proceder al análisis de dicha destructividad de una forma directa, o desarrollar previamente, una lenta labor de debilitación de las tendencias simbiótico-dependientes. Por otra parte, si admitimos que el trabajo interpretativo no es siempre suficiente para vigorizar las fuerzas biofílicas, cuando estas son muy débiles, consideramos también la necesidad de una estimulación directa de las mismas transmitiendo al enfermo la confianza en sus posibilidades, según señalaremos más adelante.

Creemos que una terapia basada en el "aquí" y el "ahora", es adecuada a estos enfermos, solamente como un punto de partida para el reconocimiento de la vivencia, pero a partir de ahí, la interpretación debe entroncarse en una técnica histórica de trabajo.

E) Prestar un especial cuidado a los movimientos defensivos del paciente, en una actitud de constante valoración de las posibilidades de escucha del mismo. Todo movimiento de toma de distancia, del contenido latente de la comunicación debe ser captado, para evitar la presión a ese nivel. Tanto el silencio, a veces muy prolongado, como el bloqueo transitorio de la percepción del mundo interno o la suspensión, de la relación con el analista, son fenómenos a los que no se debe dar un sentido negativo puramente, sino entenderlos como intentos del paciente de conservar su individualidad y advertencias, de que la presencia del terapeuta es excesiva.

Entendemos, que en estos enfermos deben ser respetados los límites, aunque sean patológicos, para no crear una excesiva presión y que la vivencia de intrusión, lleve a una negación masiva de la vivencia.

F) Consideramos igualmente necesario, que el terapeuta transmita al paciente su "esperanza de curación" y su capacidad, de imaginarlo sano. Es nuestra experiencia, en estos enfermos, ^{tienen una} su incapacidad de representarse mentalmente a sí mismos en un "status" distinto del que tienen, con el consiguiente bloqueo de la capacidad de sentir. Si no conciben la posibilidad de "ser", no se atreverán a "desear",

(1) M. MACCOBY. "La estrategia de la interpretación en el análisis de la destructividad". Rev. Psíqu. Pico.

según ya destacamos ~~en~~ comentando los trabajos de KELLEROLLO MAY, mas arriba.

Creemos que esta "esperanza de curación" sobre la que ya insistimos en otro trabajo nuestro (1), que fué presentado en el II "Workshop" Internacional del Forum, en Madrid, en el año 1970, se elabora a través de un proceso identificativo con el terapeuta, que permite al enfermo, llegar a concebirse como similar a él y por tanto, con la posibilidad de desarrollar una actuación significativa y constructiva.

En relación con este punto, hemos encontrado fundamental para despertar la "esperanza de curación", conseguir la aceptación de la noción del tiempo perdido por el paciente, en su situación de bloqueo. Tal situación ~~existente~~ es vivida por los pacientes, en el momento de la toma de conciencia, como una época perdida y muerta y la aceptación de la existencia de la misma y del hecho, de que no habrá una nueva oportunidad, es a veces un proceso muy difícil, pero sin el cual el propio deseo de curación está interferido.

G) Deseamos destacar, en último lugar, la importancia que tiene en el tratamiento de estos enfermos la escucha, por parte del terapeuta, de su reacción contratransferencial ya que la comunicación se produce a un nivel, no-verbal, preferentemente.

Habitualmente hemos trabajado en consecuencia con este planteamiento y es significativo el hecho, de que ello no produce ninguna actitud de extrañeza en el paciente, sino que acepta la comunicación no-verbal, como si hubiera sido formalada. No obstante, esta "adivinación" del mensaje del enfermo no debe ser sino el punto de partida de la conexión con el mismo, buscándose inmediatamente la concreción de la vivencia, según ya hemos señalado.

Estos son en nuestro criterio, los aspectos que consideramos mas específicos en el tratamiento de los pacientes con una gran tendencia a la negación del deseo, y especialmente, en las primeras fases del desarrollo del mismo. Solo cuando la capacidad de autoobservación y de introspección ha adquirido suficiente desarrollo, es posible abordar estos enfermos con una técnica de trabajo mas clásica, basada en la noción de conflicto psíquico.

(1) A. GALLEGU-MERE. "La esperanza de curación y el proceso de elaboración". XI "Workshop" del Forum I. Paicosa. Madrid. 1970

Queremos señalar, para terminar, la conveniencia en las fases finales del tratamiento y para facilitar la transformación de una técnica "hiponar" en "triangular" del empleo de técnicas de co-terapia simultánea, que facilita la experiencia de la nueva situación, conservando a la par, el terapeuta que viene jugando el papel de Yo auxiliar frente a la nueva relación transferencial. El fundamento de este doble planteamiento, con un terapeuta, frente al que se produce directamente los fenómenos trasferenciales y un segundo analista, que queda reducido al papel preferente de facilitar la capacidad de autoobservación, fué ampliamente expuesto por nosotros en un trabajo anterior presentado en México, con motivo del III Forum Internacional de Psicoanálisis (1). La indicación básica para este planteamiento se establece, en relación al nivel de desarrollo de la capacidad yoica del sujeto, para poder vivenciar la nueva situación, de conflicto.

(1) A. GALLEGO y M. PRADO. "Dinámica de la transferencia en los tratamientos de co-terapia". Rev. Esp. Psico. Ana. 1969, II, 4.