

Anaqueles Psi

Edición especial Homenaje
a la Dra. María Haydée
Castellaro de Pozzi



Noviembre 2020, #2



**ASOCIACIÓN DE
PSICOANÁLISIS
DE ROSARIO**

Contenido

Editoriales:

02. Prólogo Valeria

04. Prólogo Maria Angelica

Artículos:

10. Diagnóstico: ¿si o no?

13. Impotencia y frigidez

20. El trauma en el pensamiento kleiniano y postkleiniano

29. Nueve semanas y media

33. Identificación Adhesiva

42. Insights de un grupo Balint acerca de la función
psicoterapéutica del médico

50. Reflexiones acerca de un no cambio psíquico. Cambio Psíquico
y dolor mental

58. Comentario a “Transferencia y modelo estético”
de Virginia Ungar

63. El analista y el paciente difícil

68. Homenaje a Elizabeth Sorribas

71. En torno a la reciprocidad estética

Editoriales

Estimados lectores: sean bienvenidos a esta edición especial de Anaqueles en la que rendimos nuestro homenaje a la Dra. María Haydée Castellano de Pozzi. Chiche, como le decíamos, fue una de las miembros fundadoras de la Asociación de Psicoanálisis de Rosario, analista didacta, incansable transmisora de las ideas de Melanie Klein y de los autores postkleinianos. Agradecemos especialmente a la familia de María Hay-deé por facilitarnos la obra escrita que ahora hemos podido reunir en este número, especialmente a Marcela, su hija, quien en medio del dolor de la pérdida reunió los trabajos, a la Srta Judith Lysak, por el trabajo de reescribir en formato digital todos estos artículos y a la colega Susana Paciaroni por su trabajo de revisión de los mismos. También agradecemos a la Comisión Directiva liderada por la Ps. María Angélica Maronna por darle el valor que este legado merece.

María Haydée fue mi docente junto a José “Pepe” Silverstein del seminario de “Melanie Klein”. Tenía especial claridad para la transmisión de los conceptos y la recuerdo mencionándonos una y otra vez cómo Klein había dado valor a la realidad externa, comentando que este era un hecho que los detractores de dicha teoría criticaban.

Valoro la escritura como medio de comunicación científica y como facilitación del desarrollo de la teoría psicoanalítica. Es nuestra intención, que a través de los trabajos de esta revista, podamos conocer cómo pensaba nuestra querida Chiche, que quienes no pudieron conocerla, lo hagan, que se permitan dialogar con estas ideas que puedan ser heredadas y al mismo tiempo discutidas, modificadas, incorporadas.

A través del recorrido de esta revista, encontrarán a una psicoanalista con un gran interés en el crecimiento mental, en la intervención activa del analista en la sesión cuya tarea puede facilitar el desarrollo y otras veces contribuir a entorpecerlo, enunciando el máximo riesgo que nuestra intervención inadecuada puede tener: el suicidio de un paciente. La encontramos comentando un trabajo de la actual presidenta de la Asociación Psicoanalítica Internacional, Dra. Virginia Ungar, participando de congresos interna-

cionales, del primer encuentro de la Asociación de Psicoanálisis de Rosario, coordinando grupos Balint, comentando una película, dialogando con otros, citando a sus maestros. Los artículos dan cuenta de una analista con variada experiencia y en constante interacción con otros.

María Haydée fue un pilar muy importante en la gesta de nuestra Asociación y en la formación directa de muchos de nosotros. Quiero despedirme e introducirlos al recuerdo con una de sus frases. Abocada al estudio de la obra de Meltzer, el crecimiento mental, la aprehensión de la belleza, conflicto estético, nos dice: “En mi sentir, en las relaciones íntimas, es la aceptación de esa experiencia del misterio del otro, y del mundo por extensión, lo que nos permite redescubrirlo, con asombro, y amor, y entusiasmo renovados.”

Los dejo con ella ...

Dra. Valeria Nader

“Dra. María Haydée Castellaro de Pozzi”

Alguna vez escuché su nombre. Alguien se refirió a su análisis con ella. Así fue que supe de ella. Recién estaba terminando la carrera de Psicología en la vieja Facultad de la calle Entre Ríos.

Más adelante tuve la oportunidad de conocerla y de supervisar con ella. En esa época en que inicié esta tarea escuchaba a mis maestros, supervisores y docentes con sorpresa, entusiasmo y admiración. ¿De dónde saca esto? ¿Cómo puede vislumbrar en el material tantas hipótesis? Preguntas que surgían en el proceso de aprendizaje.

Se abrió el Instituto de Formación de la Asociación de Psicoanálisis de Rosario.

Chiche me impulsó a presentarme a las entrevistas de Admisión. No era sencillo en ese momento. Para mí fue importantísimo su entusiasmo y acompañamiento.

Compartí con ella muchas horas de Seminarios, ya como Auxiliar docente, en Seminarios de Pre-grado en la Facultad de Psicología sobre Klein y Seminarios en nuestro Instituto de Formación. Siempre sentí que recibía de ella y aprendía de su experiencia que generosamente compartía conmigo. Sus trabajos me abrieron el camino para conocer el pensamiento de autores que valoro enormemente: Herbert Rosenfeld, Roger Money-Kyrle, Donald Meltzer y Wilfred Bion.

Agradezco a Chiche el empujón, su constante entusiasmo y el amor por el Psicoanálisis que me transmitió con toda su fuerza.

En este momento la Comisión Directiva de APR, que integro junto con otros colegas, quiere reconocer su entrega innegable a la Institución y al Psicoanálisis.

Pensamos que publicar sus trabajos es el mejor homenaje que podemos hacerle.

Es como seguir escuchando su voz...

María Angélica Maronna

Marzo 2020





07



Artículos

DIAGNÓSTICO: ¿SÍ o NO?

“La fortuna favorece al espíritu preparado”.

Luis Pasteur.

¿DIAGNOSTICAR? SÍ.

DRA. MARÍA HAYDÉE CASTELLARO DE POZZI

El diagnóstico previo al inicio de un tratamiento psicoanalítico, es, a mi juicio, fundamental, desde ya mientras no sea un simple rótulo.

Considero necesario tener una idea lo más clara posible, tanto de la psicopatología como de las características de personalidad del posible futuro paciente.

El diagnóstico ayudará a “preparar el espíritu” para la larga y nunca fácil tarea de llevar adelante un psicoanálisis y a tomar los recaudos que traten de evitar las posibles contingencias penosas.

Acuerdo con Heiena Lunazzi de Jubany en la importancia de saber si el posible futuro paciente se trata de una personalidad neurótica, psicótica o border en su estructura ya que la actitud del terapeuta no será la misma en estas diferentes situaciones.

También interesan otras estructuras más recientemente estudiadas. Por ejemplo la estructura psicosomática estudiada entre nosotros por Elizabeth Sorribas y Lydia Burde, en la cual las emociones se disocian del pensar y se vuelven destructivas hacia el propio cuerpo constituyendo un verdadero desafío para la labor analítica; la estructura narcisista, ya que interesan los rasgos narcisistas que frecuentemente se convierten en obstáculos difíciles de remontar en un análisis.

Doy gran importancia a tratar de evaluar el potencial tanático, auto-destructivo del paciente a fin de estar atenta a los riesgos a sobrellevar y poder así tomar las medidas requeridas.

Me preocupa el posible suicidio del paciente ya que es el máximo riesgo inherente al ejercicio de nuestra profesión.

Bion, cuenta en forma dramática como se suicidó uno de sus pacientes inmediatamente después de una sesión analítica, cuando en un aparente buen análisis él empezaba a sospechar que algo no funcionaba.

¿Puede el diagnóstico alertarnos acerca de lo tanático disociado?

Crucial a mi criterio es la evaluación de las cualidades que hacen al potencial sano del paciente ya que en definitiva de él dependerán las posibilidades de cambio psíquico, así como la capacidad de persistir en la tarea del análisis en forma genuinamente cooperativa.

También, detectar lo muy propio y original del futuro paciente en cuanto a sus posibilidades creativas, que bien pueden estar disociadas y no desarrolladas, y que se integrarán a través del tratamiento ya que por salud mental no entendemos la mera ausencia de malestar sino la relación gozosa de las capacidades potenciales del individuo.

En síntesis considero de gran utilidad el diagnóstico. Al saber más de nuestro futuro paciente estaremos mejor provistos para ser cuidadosos, no minimizar las dificultades, tener paciencia y también confianza y esperanza derivadas de la ponderación de sus tendencias hacia la integración y maduración emocional.

También dependerá del buen diagnóstico el estar en mejores condiciones de decidir en cada caso si seremos o no la pareja terapéutica adecuada.

Por todo lo expuesto no encuentro válidos los argumentos para oponerse al psicodiagnóstico. Los problemas no derivan en mi juicio del diagnóstico sino de cómo es utilizado por quien lo pide y de la fantasía y expectativa con que es pedido. Si la expectativa es que opere como oráculo que evite la ansiedad inherente al trabajo analítico y tape todos los agujeros en nuestro conocimiento, ciertamente se convierte en un elemento más que vicia la tarea del analista.

Me quiero referir al uso por parte del psicoanalista del informe psicodiagnóstico porque pienso que es en este punto donde radican las dificultades.

Uno de los argumentos que se esgrimen para oponerse al psicodiagnóstico es que crearía en el analista, una visión prejuiciosa del paciente que le influiría a priori impidiéndole construir el conocimiento que surge en el diálogo analítico.

Creo que este peligro no existe si trabajamos dentro de la buena tradición analítica poniendo en práctica la atención flotante señalada y aconsejada por Freud, contrapartida en el analista de la asociación libre del paciente.

Particularmente importante me parece la propuesta de Bion de dejar de lado al psicoanalizar toda la búsqueda deliberada de recuerdos, así como los deseos, en especial el furor curandis, incluido el deseo de comprender ya que estos elementos obstruyen la adecuada observación de lo que está sucediendo en la sesión.

También Meltzer en “El Proceso Psicoanalítico” (1967) nos dice que durante el trabajo con el paciente “el analista debe estar sumergido en la tarea confiando en el virtuosismo de su inconciente en las profundidades”.

Es decir, creo que el analista debe no tratar de recordar los datos del psicodiagnóstico mientras esté trabajando con el paciente. Si en forma espontánea estos datos aparecen en su espacio mental, es preciso registrarlos del mismo modo que cualquier otra ocurrencia contratransferencial, es decir atenderlo flotantemente para que con el material del paciente y los datos de la contratransferencia concurren a la elaboración de la interpretación. Va de suyo que el analista necesita elaborar cuidadosamente las ansiedades in-

herentes al psicoanalizar, tolerar la incertidumbre y los dolores del intentar “llegar a conocer”.

En el segundo momento cuando ya fuera de la sesión se retrabaja el material y se reflexiona acerca de la marcha del análisis, que se vuelve posible estudiar lo que está sucediendo en el tratamiento a la luz de los datos del diagnóstico dando así oportunidad a un trabajo conjunto y mutuamente enriquecedor entre psicoanalistas y psicodiagnosticador confluyan o no en la misma persona.

Para terminar, creo que el entusiasmo por los instrumentos diagnósticos nos debe llevar a poner el acento en la actitud de búsqueda de la verdad, que compartimos “psicoanalistas y psicodiagnosticadores”, recordando la complejidad infinita de la mente humana, nuestro objeto tanto el “llegar a conocer” como el surgimiento de todas las emociones que lo acompañan; me refiero no sólo al dolor y ansiedad sino también al asombro y reverencia por el misterio insisto en toda persona que nunca podremos develar totalmente.

IMPOTENCIA Y FRIGIDEZ.

40º Congreso Internacional de Psicoanálisis
Barcelona 1997.
Panel sobre IMPOTENCIA Y FRIGIDEZ.

Contribución de:
DRA. MARÍA HAYDÉE CASTELLARO DE POZZI

Introducción:

En este trabajo, me referiré a los psicodinamismos de la impotencia y la frigidez. Es mi intención discutir estas patologías señalando una línea de desarrollo en la teoría psicoanalítica que comprende a Freud, Abraham, Klein, y a pensadores neo-kleinianos, particularmente, Bion y Meltzer. La obra de estos pensadores implica, a mi juicio, nuevos vértices para comprender y abordar los cuadros de impotencia y frigidez. En términos generales, me concentraré en la importancia de la identificación y en los factores que llevan a ella, tanto en el desarrollo infantil como en el proceso analítico.

Aa: Nociones sobre impotencia en Freud

De la obra de Freud destacaré los siguientes elementos en cuanto a la comprensión de la impotencia:

1. Incesto y su represión operando la fijación incestuosa complementada con la frustración del impulso sexual ocurrida en la adolescencia.
2. La angustia de castración: aquí cuentan las experiencias traumáticas de amenazas de castración por la masturbación infantil, más el descubrimiento de la diferencia de los sexos.
3. El nexa con la identificación femenina y la homosexualidad, en la medida en que ambas aparecen vinculadas con el complejo de castración y como modo de resolver la angustia inherente al mismo.

Freud explica la impotencia psíquica, la misoginia y la homosexualidad como obedeciendo al terror de castración.

En 1926, Freud, que ya había explorado el narcisismo y los procesos de identificación en la constitución del Yo, y juntamente con la elaboración del cambio en la teoría de la angustia considera a la impotencia como un trastorno yoico y no tan sólo como un síntoma.

Ab: Noción de Frigidez en Freud.

Freud se refiere a la frigidez en función de las características del

Edipo femenino, en el cual la niña entraría por su sentimiento de estar castrada por carecer de pene, lo que es vivenciado como una injuria narcisista y lleva al despertar de la envidia del pene como uno de sus desenlaces. La niña ignoraría la existencia de su vagina. La masturbación sería sólo clitorideana.

La no renuncia edípica al padre llevaría a la mujer a reaccionar con frigidez precisamente porque su pareja no es el padre, ya que la resolución del complejo de Edipo no se consumaría drásticamente como en el varón en virtud de la no existencia de la angustia de castración. Por el contrario, es la equiparación de la mujer con la madre lo que despierta la angustia de castración en el varón, provocando impotencia.

Cuando la envidia del pene y la agresividad y resentimiento hacia el varón son muy intensos, esto daría cuenta del reaccionar con frigidez.

Al no gozar con su vagina, la potencia de su pareja queda cuestionada. Además, al negar la vagina, puede seguir sosteniendo ilusoriamente la existencia del pene. Se constituyen así dos tipos psicológicos que Abraham denominó: tipo vengativo y tipo de realización de deseos. Freud luego se referirá al prolongado ligamen preedípico de la niña con su madre, rico en consecuencias, que también incidirá en la determinación de la frigidez.

Abraham, a partir de sus experiencias clínicas con pacientes psicóticos y neuróticos, dividió en dos las etapas de la organización libidinal, de acuerdo al rol desempeñado en cada una de ellas por el sadismo y la libido, y las vinculó con las etapas del desarrollo de la relación objetal y así tenemos una progresión desde la ambivalencia predominante juntamente con la predominante preocupación narcisista por el pene (etapa fálica común a ambos sexos) a la progresiva resolución de la ambivalencia y al amor por objetos primeramente parciales y luego totales. Abraham introdujo el concepto de relación de objeto parcial. Esta etapa de relación de objeto parcial tendría lugar entre la etapa de narcisismo y la de relación de objeto total.

Abraham señaló también la vinculación de la impotencia con aspectos agresivos, y con el operar de la envidia y el narcisismo, calificado por este autor como el mayor obstáculo a nuestros esfuerzos terapéuticos. El narcisismo es fuente de actitudes desvalorizativas y agresivas hacia la mujer, mientras los propios productos corporales son idealizados. Esto torna difícil el pasaje del pene como órgano para la micción al pene como órgano al servicio de la sexualidad genital.

B: Melanie Klein y pensadores Neo-Kleinianos.

Me referiré a los aportes del pensamiento kleiniano y neo-kleiniano que considero relevantes en lo que hace a las neurosis sexuales.

1. El redimensionamiento de la agresión y de su impacto en la vida mental.
2. Ampliación y profundización de la conceptualización de la angus-

tia, eje del pensamiento de Melanie Klein y que recorre toda su obra. Esta conceptualización distingue angustia persecutoria y depresiva. Cuando Klein elucidó el concepto de Envidia Primaria incluyó la angustia confusional.

Es el concepto de angustia lo que da cuenta de la existencia y vicisitudes de un Yo y un objeto en una situación determinada (punto de vista posicional).

3. Teoría del Desarrollo Emocional Primitivo centrado en impulsos y fantasías de relación de objeto parcial.

4. Teoría de las Posiciones.

5. Teoría de la existencia de un mundo de objetos internos. La investigación del desarrollo emocional primitivo lleva a Melanie Klein a sostener que desde los comienzos de la vida mental hay un Yo en una situación, que es experimentada posiblemente en forma rudimentaria como una realidad, aun cuando sea una fantasía. Fantasía que es al mismo tiempo producto de un Yo y lo que lo va estructurando. Se va así gestando el mundo interno poblado de objetos parciales y luego de objetos totales en relaciones entre sí y con el self. El objeto externo incide con sus características en esta estructuración en un vínculo signado por el interjuego proyectivo-introyectivo.

Es a partir de la articulación del desarrollo emocional primitivo y de las teorías de las posiciones con la creación del Mundo Interno, que podemos conceptualizar la teoría kleiniana como una teoría de la angustia, siempre y cuando no se la aísle artificialmente sino que se la reconozca como expresión de un Yo en una situación que incluye un objeto, así como el operar de los mecanismos de defensa.

6. Teoría de la Envidia Primaria, surgida de observaciones clínicas.

Del monto de esta envidia dependerá que el Yo pueda llevar a cabo una exitosa escisión que permita preservar su vínculo con un objeto ideal, a partir del cual sobrevivirá, crecerá y se fortalecerá. En los pacientes graves, al no poder establecer adecuadamente la escisión, sobrevienen las angustias confusionales.

Con este bagaje teórico podemos comprender que en la impotencia el pene pase a ser vivenciado como un órgano ejecutor de sadismo o posible víctima del mismo, si el sadismo propio está proyectado en la vagina, y que el pene del padre pase a estar en el interior del cuerpo femenino presto a ejecutar la castración, siempre y cuando tengamos presente la complejidad del concepto de sadismo en su articulación con el narcisismo y los conceptos de envidia primaria de Melanie Klein y/o la antiemocionalidad (Bion-Meltzer).

Del desarrollo emocional primitivo de la niña deriva, por temor a la retaliación por sus precoces ataques despojantes al interior del cuerpo materno, la creencia de que su propio cuerpo pueda ser robado y vaciado de sus contenidos, destruido y dañado en su interior. La niña se dirige al padre primariamente con la expectativa de obtener bebés y es por angustia frente a la madre persecutoria que adopta la posición masculina.

En el abordaje de la mujer frígida es necesario poder llegar a esta angustia. La envidia del pene en la mujer sería defensiva y secundaria a esta angustia más profunda.

En cuanto al operar de la envidia escindida deviene fundamental en ambos casos.

7. Las investigaciones de los funcionamientos narcisistas y de los factores que subyacen a los mismos.

La problemática narcisista está planteada como la no aceptación de la existencia independiente del objeto y las operaciones defensivas que se instrumentan frente a ella, en especial la identificación proyectiva de características omnipotentes, defensa fundamental portadora de nuevas ansiedades, mediante la cual es posible en la fantasía ubicar todo lo indeseable del self propio en el objeto o pasar a “ser” el objeto, con el consiguiente cambio ilusorio en la identidad.

Los funcionamientos narcisistas, egocéntricos, impregnados de ansiedad paranoide son secundarios y defensivos de la frustración y de la envidia.

El reconocimiento de los objetos implica por el contrario predominio de la ansiedad depresiva, de tendencias reparatorias, de mecanismos introyectivos y de la posibilidad de pensar.

Bb: Pensadores Neo-Kleinianos

8. La teoría de Bion concidera la coexistencia del funcionamiento en toda personalidad de una parte psicótica junto a una parte neurótica. Esta parte psicótica se caracteriza por: a) predominio de pulsiones destructivas, de suerte que se contaminan las pulsiones amorosas y el amor se transforma en sadismo; b) odio a la realidad interna y externa, así como a todo lo que permita su consciencia; c) angustia de aniquilamiento inminente; y d) relaciones de objeto primitivas, lábiles y adhesivas.

9. Las investigaciones de Meltzer acerca de la sexualidad, quien sostiene que “el fundamento en el inconsciente de la vida sexual de la persona madura es la relación sexual altamente complicada de sus padres internos, con quienes es capaz de una rica identificación introyectiva en los dos papeles, el masculino y el femenino”.

Esta concepción implica la integración de la bisexualidad y el uso normal de la identificación proyectiva como modo primario de comunicación (Bion). El núcleo de esta sexualidad adulta, introyectiva, es la preservación de los hijos, en la fantasía inconsciente, los bebés internos de la madre.

Toda la sexualidad es polimorfa, pero la significación del polimorfismo no es la misma en los tres tipos descriptos: sexualidad adulta, infantil y perversa. Polimorfismo deja de estar equiparado a perversión. El coito de los padres internos tiene un sentido altamente creativo y reparador.

La sexualidad infantil está dominada por el Complejo de Edipo con sus celos, competitividad y odio. Intenta encontrar solución al deseo insatisfecho y a la exclusión pero sin la renuncia al objeto incestuoso.

Motivada por excitación y ansiedad frente a la escena primaria más que por deseo y necesidad, la finalidad creativa es reemplazada por la búsqueda de gratificación sensual.

La sexualidad perversa tiene una cualidad destructiva hacia el coito de la pareja interna y hacia los bebés de la madre en la realidad psíquica.

En la clínica es posible observar cómo el perverso recurre a sus fantasías perversas para lograr una pseudopotencia en relaciones aparentemente normales.

Conclusión

Los aspectos mencionados adquieren importancia en la medida en que impotencia y frigidez se presentan en diferentes estructuras de personalidad e integrando diversos cuadros psicopatológicos y de ninguna manera pueden ser abordados como síntomas aislados; aún cuando muchas veces constituyen el motivo de consulta por el gran sufrimiento mental que ocasionan.

Los desarrollos que he señalado permiten ubicar en el centro de la problemática del logro de la sexualidad plena, a las vicisitudes de la identificación modulada con los miembros de la pareja parental interna en su doble aspecto de goce y fecundidad.

Es de particular interés en la situación analítica observar la interacción del paciente con el analista, que combina en sí mismo la función continente receptiva y también su función penetrante interpretativa fecundante, representando los atributos de una pareja parental.

Esto plantea la trascendencia de la identificación introyectiva y de los factores que concurren a ella, así como de los que la obstaculizan, tanto en el desarrollo, como en el proceso analítico.

Desde esta perspectiva cuentan las cualidades requeridas a la experiencia emocional para que pueda ser pensada, constituyéndose así en estímulo identificatorio. (Bion)

Desde la teoría del pensamiento (Bion) importa la integridad de la función alfa, de la cual depende que los elementos de las experiencias emocionales puedan convertirse en elementos de los pensamientos de los sueños y de la vigilia.

Cuando las ansiedades son muy intensas, fracasa esta función y se recurre a los mecanismos proyectivos evacuativos incompatibles con la identificación introyectiva.

De todo esto podemos concluir que no es sólo el revertir la impotencia y la frigidez como síntomas lo que cuenta, sino las vicisitudes totales en el proceso de análisis a través del vínculo transferencial y conducentes al logro de una capacidad de pensar, que en último término permita la identificación

¹Gregorio Garfinkel, “Comunicación Personal”.

²Meltzer, 1973.

con un analista potente - receptivo - creativo, visualizado como alguien gozoso en esta constelación y en su vínculo con el paciente.

Bibliografía

- ABRAHAM, K.** (1917). Ejeculatio praecox. En *Psicoanálisis Clínico*.
(1920). Manifestaciones del Complejo de Castración Femenino. En *Psicoanálisis Clínico*.
(1924). Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales. En *Psicoanálisis Clínico*.
- ANDERSON, R.** (1994) (ed.). Conferencias Clínicas sobre Klein y Bion. Buenos Aires: Paidós.
- BICK, E.** (1968). The experience of the skin in early object relations. *nt. J. Psychoanal.*, 49,
- BION, W. R.** (1962). Learning from experience. London: Heinemann.
(1963). Elements of Psychoanalysis. New York: Basic Books.
(1972). Volviendo a pensar. Buenos Aires: Hormé.
(1974). Atención e Interpretación. Buenos Aires: Paidós.
- FERENCZI, S.** (1908). La interpretación y el tratamiento analíticos de la impotencia psicosexual. En *Sexo y psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- FREUD, S.** (1908). On the sexual theories of children. S.E. 9,
(1910). Leonardo Da Vinci and a memory of his childhood. S.E. 11.
(1912). On the universal tendency to debasement in the sphere of love (Contributions to the psychology of love, ID). S.E. 11.
(1916-7). Introductory lectures on psychoanalysis. S.E. 15-16.
(1918). The taboo of virginity (Contributions to the psychology of love, ID. SE 11
(1922). Some neurotic mechanisms in jealousy, paranoia and homosexuality. S.E. 19.
(1923). The infantile genital organization: an interpolation into the theory of sexuality. S.E. 19.
(1924). The dissolution of the Oedipus complex. S.E. 19.
(1925). Some psychological differences of the anatomical distinction between the sexes. S.E. 19.
(1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. S.E. 20. (1933). New introductory lectures on psychoanalysis (Femininity). S.E. 22. (1940). An outline of psychoanalysis. S.E. 23, (1940). Splitting of the ego in the process of defense. S.E. 23.
- GIOIA, T. B.** (1975). La impotencia sexual y su relación con el narcisismo. Commented by V. A. Galli and A. J. Paineira. *Rev. Psicoanálisis*, 32: 463- S01.
- GRINBERG, L.** (1976). Teoría de la identificación. Buenos Aires: Paidós.
- HEINEMANN, P. and ISAACS, S.** (1952). Regression in M. Klein y otros.. London: Hogarth.
- HINSELWOOD, R.** (1989). Diccionario del pensamiento kleiniano. Buenos

Aires: Amorrortu Editores, 1992. .

- KLEIN, M.** (1928). Early stages of the Oedipus complex. In *Contributions to Psychoanalysis*. London: Hogarth Press, 1948,
(1932). The psychoanalysis of children. London: Hogarth Press, 1948.
(1945). The Oedipus complex in the light of early anxieties. En *Contributions to psychoanalysis*. London: Hogarth Press, 1948.
(1946). Notes on some schizoid mechanisms. En *Developments in Psychoanalysis*. London: Hogarth Press, 1952.
(1952). Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. En *Developments in Psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
(1957). Envy and gratitude. London: Tavistock. (1957). On identification. En *New directions in psychoanalysis*.
(1959). Nuestro mundo adulto y sus raíces en la infancia. En *El sentimiento de soledad*. Buenos Aires: Paidós Hormé, 1960.
- LANGER, M.** (1951). Maternidad y Sexo. Buenos Aires: Paidós, 1964.
- LAPLANCHE et PONTALIS.** Vocabulaire de la Psychoanalyse. Paris: Paris Presses.
- LOPEZ, BENITO et al.** (1984). Acerca de las características definitorias de la identificación introyectiva. Simposio y Congreso de APdeBa (Buenos Aires).
- MELTZER, D.** (1966). The relation of anal masturbation to projective identification. /nt. J. Psychoanal., 47.
(1967). The psychoanalytical process. London: Heinemann.
(1973). Sexual states of the mind. Perthshire, Scotland: Clunie Press.
(1975). Adhesive identification. *Contemporary psychoanalysis*, v. 11, n.3.
(1981). The Kleinian expansion of Freud's metapsychology, /nt. J. Psychoanal., (1981): 62-177.
(1997). Una nota sobre los procesos introyectivos. En *Sinceridad y otros trabajos*. Spatic edit.
- MONEY-KYRLER.** (1965) Megalomania. En *The Collected Papers of Roger M. Kyrle*.
(1968). Cognitive Development.
(1971). The aim of psychoanalysis. *Int. J Psychoanal.* 52.
- ROSENFELD, H.** (1974). Estados psicóticos. Buenos Aires: Hormé. *
(1987). Impasse e interpretación. Madrid: Tecnipublicaciones.

“EL TRAUMA EN EL PENSAMIENTO KLEINIANO Y POSTKLEINIANO”.

PRIMER ENCUENTRO DE LA ASOCIACIÓN DE PSICOANÁLISIS DE ROSARIO.

Dra. María Haydée Castellaro de Pozzi
Rosario, 24 - 25 de mayo de 1996.

Existe una idea comúnmente sostenida acerca del pensamiento Kleiniano, según la cual en él se ignora el peso de las relaciones del self con el mundo externo en la estructuración del psiquismo y en el desarrollo evolutivo.

Es posible conjeturar que el énfasis puesto por Melanie Klein en lo innato y en la realidad psíquica hace que pase desapercibida su reiterada mención de la importancia de lo externo que se torna evidente con una lectura cuidadosa de sus obras, siguiendo la línea de desarrollo de su pensamiento y en especial el de sus continuadores. Me estoy refiriendo a Wilfred Bion y a Donald Meltzer.

Se identificó, por no decir se encasilló a Melanie Klein con sus descubrimientos e innovaciones metodológicas, lo que suele condicionar la lectura que se lleva a cabo de su obra.

Es posible establecer, en ese sentido, un paralelo con Freud, quien al haber descubierto la vigencia de la realidad psíquica en la constitución de lo traumático, no por ello dejó de lado el factor externo aunque a veces aparezca como desdibujado.

No me ocuparé de las ideas freudianas a este respecto, que doy por conocidas, y en razón del tiempo acordado para esta exposición, enfatizaré el factor externo de determinadas características, en particular su intensidad, por las consecuencias que entraña a nivel del desarrollo de la vida mental.

La estructura de la mente se concibe en el pensamiento Kleiniano en términos de relaciones de objeto y de pulsiones de vida y de muerte expresadas en la interacción del amor y del odio en la relación con los objetos.

A lo largo de toda su obra, Melanie Klein pone fuertemente el énfasis en los factores internos, pero no deja de referirse, y reiteradamente, a la importancia de los factores de la realidad externa.

En su trabajo atendió y fue muy sensiblemente al sufrimiento de los niños evidente en su angustia, fuente de inhibiciones y terrores, y en sus sentimientos de culpa que los llevaba a dañarse.

inferencias teóricas: el Super-Yo arcaico y el Complejo de Edipo Temprano. Descubre y enfatiza la gravitación de las fantasías agresivas y sádicas señalando cómo la proyección del propio sadismo del niño distorsiona la percepción de las cualidades de los objetos externos y a mayor distorsión, mayor patología.

Pero en los casos que describe, Melanie Klein señala factores que a su juicio desempeñaron un papel en la instalación de la enfermedad. Así, puntualiza si el niño recibía verdadero amor, si era valorado por sus padres, si fue sometido a la escena primaria, cómo influyó el nacimiento de hermanitos, cómo era el estado emocional de la madre .

Habla de las relaciones de la realidad y de la necesidad de que los niños puedan tolerarlas para poder desarrollarse. Se está refiriendo fundamentalmente al destete, control de esfínteres, nacimiento de hermanos, y a las frustraciones inevitables que se crean por la aparición de las tendencias edípicas tempranas. Por ejemplo: Rita sufría de terrores nocturnos, miedo a los animales y otros síntomas, había compartido el dormitorio de los padres hasta los dos años. Dice “Efectos de la escena primaria se mostraron claramente en su análisis. La ocasión de la irrupción de su neurosis fue el nacimiento de su hermanito”.

Y luego: “Es sin embargo seguro que las experiencias como las que he mencionado aquí, hacen el conflicto más grave (se refiere al Complejo de Edipo Temprano), y por consiguiente, o incrementan la neurosis o provocan su irrupción”.

Es decir: Klein se atiene al planteo de Freud de las series complementarias a partir del cual lo interno y lo externo se complementan y no se excluyen.

Así, cuando en 1930 describe el caso Dick cuya detención del desarrollo explica en base a la angustia terrorífica que le producían sus fantasías sádicas de penetración del cuerpo materno, también pone de manifiesto que Dick había recibido muy poco amor por parte de sus padres y que había mejorado al ser trasladado a la casa de su cariñosa abuela.

Ya a esta altura de sus desarrollos, la problemática se centra en la angustia y la capacidad del Yo para tolerarla, idea fuerte de la teoría kleiniana. Otra idea fuerte es que la angustia, sea persecutoria, depresiva o confusional estará siempre vinculada a la agresión.

A comienzo de los años 30' Klein describe la angustia primordial como derivada del operar de la pulsión de muerte, lo que sucede desde el momento del nacimiento. Será tarea del Yo durante toda la vida el defenderse de esta angustia. El Yo, rudimentario, existe desde el nacimiento y se defiende mediante la proyección en el objeto externo de la pulsión de muerte en ocasión de las experiencias de frustración, así como también proyecta su pulsión de vida, en el objeto cuando éste le prodiga cuidados amorosos. Pero son experiencias escindidas que atribuye a dos objetos diferentes.

¹ Mi agradecimiento al Dr. Gregorio Garfinkel por las valiosas sugerencias que me hiciera en ocasión de la elaboración de este trabajo.

² Gregorio Garfinkel: (Comunicación Personal)

³ Melanie Klein: “Contribuciones al psicoanálisis” Bs. As., Hormé. 1964.

El interjuego proyectivo-introyectivo entra a tallar, en este punto, en la estructuración del mundo interno, y es de este modo como las características reales de los objetos externos intervienen acrecentando la maldad y la bondad de los internos.

La salud mental siempre dependerá del predominio de los elementos libidinales, que si bien innatos, crecerán en el vínculo de amor.

En 1934, Klein describe la posición depresiva como un estado mental que ubica en un momento del desarrollo, que da cabida al vínculo de amor con la madre; aquí se trata de la ansiedad depresiva: el miedo a perder a su madre por haberla dañado en la fantasía agresiva omnipotente.

Dolor, culpa, desesperación, caracterizan este estado mental, emociones difíciles de ser sobrellevadas que el Yo enfrenta implementando defensas, pero que también dan ímpetu al surgimiento de las tendencias de reparación, que si pueden ponerse en juego permiten la prosecución del desarrollo.

Una vez más para la elaboración de la posición depresiva, Melanie Klein resalta la importancia de la concurrencia de los factores de la realidad externa: el poder contar con una madre que con sus actitudes vitales y amantes, mitigue la omnipotencia de las fantasías destructivas, lo que permitirá instalar los procesos reparatorios genuinos.

Queda planteada la tarea fundamental del desarrollo que es poder instalar en el mundo interno un buen objeto, que ama y protege al Yo y con el cual el Yo se identifica, y que es a su vez amado y cuidado, es decir, reparado por el Yo a través del control de los aspectos agresivos.

Inversamente, será la crisis de la eficacia reparatoria lo que creará las condiciones para los procesos patológicos.

En 1946 describe la posición esquizo paranoide, estado mental caracterizado por la angustia persecutoria, miedo al aniquilamiento del Yo, y las defensas en especial la escisión y la identificación proyectiva.

Si bien Melanie Klein describió las posiciones como estados mentales característicos de dos momentos del desarrollo sucesivos, pasaron a implicar dos tipos de funcionamiento mental entre los cuales oscilará el psiquismo durante toda la vida.

En 1957 Melanie Klein formula la teoría de la envidia primaria, entusiastamente aceptada por algunos y que le valió el apartamiento de otros. Fantasía megalomaniaca del pecho que se da lo mejor a sí mismo y que no es reconocida como fuente de vida por el bebé, siendo atacado y desvalorizado. Expresión de la destructividad primaria que precisamente por serlo es independiente de la frustración; pero aún así, Melanie Klein señala que la privación, la alimentación insatisfactoria y las circunstancias desfavorables la exacerban al perturbar la plena gratificación ya que son el goce y los sentimientos de gratitud originados por el pecho los que mitigan los impulsos destructivos, la envidia y la voracidad (Envidia y Gratitud, Capítulo II).

La teoría de la envidia primaria no cambia en mi sentir lo fundamen-

tal de los planteos kleinianos. Al intensificar la agresividad innata vuelve más difícil la elaboración depresiva.

De acuerdo a estas consideraciones, si bien Melanie Klein no se ocupó del trauma en forma explícita, podemos pensar que todo acontecimiento que implique dolor mental y ansiedad intensos llevará al Yo a defenderse y reaccionar de acuerdo al momento posicional en que se encuentre, constituyéndose en un factor de detención del desarrollo pensado en términos de la instalación de un objeto primario bueno en el mundo interno.

La mayor destructividad innata jugará por la vía del acrecentamiento de la angustia.

Por otra parte podemos conjeturar el ataque envidioso al objeto como una verdadera situación traumática intrapsíquica, tanto por el dolor mental que ocasiona, la ansiedad confusional que despierta y las consecuencias identificatorias que entraña.

¿Es posible elaborar los traumas?

Es necesario conjeturar la teoría de la curación en el pensamiento kleiniano. Garfinkel señala (comunicación personal) la necesidad de discriminar en toda la teoría psicoanalítica la teoría de la enfermedad de la teoría de la curación.

Meltzer nos dice que Melanie Klein tendía a no separar los conflictos evolutivos de los estados patológicos organizados.

En la medida en que el enfermar está vinculado a la incapacidad del Yo para tolerar la angustia, lo que lo lleva a implementar defensas más o menos patológicas, para Klein la curación se obtiene por la elaboración en profundidad de las ansiedades psicóticas, elaboración que se va logrando a lo largo del tratamiento merced al análisis cuidadoso de las fantasías transferenceles. Esto implica un proceso de evolución de las mismas. La ansiedad a lo largo de este proceso evoluciona de características persecutorias a características depresivas, y se atenúa en su intensidad permitiendo el surgimiento de las tendencias reparatorias que se retroalimentan con la identificación que se va logrando con el analista como objeto bueno, funcionando con sensibilidad y comprensión en la búsqueda de la verdad acerca de la realidad psíquica del paciente.

Este proceso deviene posible porque en la relación transferencial se reeditan los vínculos más primitivos.

Citando a Melanie Klein en "Orígenes de la Transferencia": "El pasado del paciente va siendo progresivamente reactivado en sus aspectos conscientes e inconscientes. Como consecuencia la necesidad de transferir sus experiencias, relaciones de objeto, y emociones primitivas se incrementa, y todo esto viene a focalizarse sobre el analista: ésto implica que el paciente trata con los conflictos y las ansiedades que han sido reactivadas con los mismos mecanismos de defensa que en situaciones anteriores."

⁴ Melanie Klein: "Estadios tempranos del conflicto edípico" 1928 en "Contribuciones al psicoanálisis" Bs. As., Hormé. 1964

⁵ Melanie Klein: ibid

⁶ Referencias en la obra de M. Klein a la importancia de los factores de la realidad externa.

⁷ Hanna Segal, 1979 "Melanie Klein" Madrid. Alianza Ed. 1985.

Esta repetición da cabida a la elaboración de las situaciones traumáticas en el vínculo transferencial.

Si tomamos Ps--- D (interacción dinámica entre ambas posiciones) como modelo de aparato mental que oscila entre estados de menor y mayor integración, la curación aparece ligada a los procesos de integración.

Meltzer, por su parte, piensa a la integración en íntima vinculación con los procesos reparatorios. La integración de lo escindido y proyectado es decir “lo que fue separado es reunido, lo que fue ubicado en los objetos es vuelto al Yo”

En este proceso la reparación incluye al objeto, al Yo y a los vínculos. Este sería el aspecto activo de la posición depresiva, que implica la preservación de los vínculos de amor mediante el control de los aspectos destructivos de la mente.

Si pensamos en la elaboración de las situaciones traumáticas, no parece posible que pueda lograrse sin un rescate de los vínculos de amor en la realidad psíquica.

En ese sentido no es superfluo recordar la reiterada recomendación de Melanie Klein acerca de la necesidad de analizar ambas transferencias, tanto la positiva como la negativa, y la continua interrelación entre ambas.

Nuevas posibilidades surgen al considerar el tema del trauma desde las ideas de los continuadores de Melanie Klein.

Bion, Meltzer y Bick reconocen a la figura materna y su accionar, una gravitación de características definidas.

Así, Bion describe el reverie materno, disposición emocional de la madre a recibir las identificaciones proyectivas del bebé, comprender sus estados mentales, en especial su angustia y poder operar devolviéndole tranquilidad y sosiego.

El niño aprende en este vínculo a pensar, por identificación introyectiva con la función alfa de la madre. Señala Bion la necesidad de la adecuación de la respuesta de la madre, que de no producirse lleva al niño a incorporar un objeto voluntariamente incomprensivo que no sólo no recibe las identificaciones proyectivas, no lo alivia, sino que por lo contrario, las rechaza.

Si la situación se intensifica, el bebé puede llegar a experimentar la angustia catastrófica que Bion denomina “terror sin nombre”, verdadero trauma que incidirá en el logro de la capacidad para el pensamiento, lo que define para Bion el desarrollo de la mente.

Meltzer con su teoría del conflicto estético, considera que el recién nacido experimenta una situación conflictiva entre el impacto de la belleza del exterior de la madre y la incertidumbre frente al misterio de su interior,

es decir su estado mental, sus pensamientos, sus sentimientos, esencialmente no observables.

Sólo si la madre responde con lo que Meltzer llama amor a primera vista, reciprocidad estética, puede este conflicto volverse soportable para el bebé.

Si no es sostenido por la respuesta de la madre, el bebé desmantela la integración de su respuesta emocional separando los vínculos emocionales uno de otro (L, H, K) descriptos por Bion y desplegándolos en objetos separados. Este proceso correspondería a lo que Melanie Klein describió como la disociación esquizoide de los primeros meses de vida.

En su forma extrema en los cuadros de autismo, el niño llega a desmantelar su equipo perceptual que le permitiría experimentar el impacto del objeto.

Esther Bick, por su parte, señala la necesidad del bebé de vivenciar la función continente del objeto materno, que reúne a modo de una piel las partes dispersas de su rudimentario self. Cuando esto no sucede el bebé experimenta ansiedad catastrófica que se evidencia en desórdenes somáticos y de la que intenta defenderse hipertrofiando alguna de sus funciones (segunda piel), y desarrollando un tipo de identificación que llamó adhesiva, por la cual el niño “se pega” al objeto del cual no se discrimina.

Los autores post-kleinianos al teorizar los pormenores de la rica interacción madre- bebé y reconocer la gravitación de la figura materna, nos dan elementos para pensar las situaciones traumáticas precoces.

En la clínica, durante el proceso analítico, estas situaciones se reeditarán a través de ser comunicadas por identificación proyectiva.

Precisamente, fueron Bion y también H. Rosenfeld quienes insistieron en este uso de la identificación proyectiva para la comunicación de estados emocionales.

Las situaciones traumáticas precoces que corresponden a las etapas preverbales del desarrollo se repetirían en el análisis a través de la contra-transferencia del analista (B. Joseph) , dependiendo entonces, entre otros factores, de su capacidad para pensarlas y verbalizarlas al paciente el que puedan llegar a elaborarse.

Conclusiones.

He intentado exponer que en el pensamiento de Melanie Klein y más aún en el de sus continuadores, la influencia de la realidad externa ocupa un lugar importante en la estructuración de los vínculos internos.

En consecuencia es posible desde el pensamiento kleiniano teorizar el trauma y abordar su elaboración.

Aunque Melanie Klein no hizo referencia explícita al trauma en su Obra, podemos inferir de acuerdo a sus teorías que el factor externo intervie-

⁸ Melanie Klein: Obras Completas. T. HI. Paidós.

⁹ Meltzer, D.: Seminarios de Novara. Adolescencia (ficha de APdeBA)

¹⁰ Joseph, Betty: “La transferencia como situación total” en: “Cambio psíquico y equilibrio psíquico” Madrid, Julián Yebenes. 1993.

ne generando la situación traumática a nivel de la realidad psíquica (Teoría de la Enfermedad).

Este modo de pensar se refuerza cuando consideramos la importancia del vínculo analítico en la elaboración de la situación traumática (Teoría de la Curación).

Lo central es el dolor mental, de características persecutorias, depresivas o confusionales y sus vicisitudes: tolerancia al mismo o desarrollos defensivos que condicionan los desenlaces patológicos.

Queda planteada la posibilidad de la ocurrencia de la situación traumática a punto de partida de los sentimientos de envidia.

La elaboración del trauma deviene posible por la repetición del vivenciar traumático que se da en el vínculo transferencial.

La centralidad de la problemática del dolor nos lleva a considerar los particulares requerimientos respecto del funcionamiento del analista con el paciente traumatizado.

Referencias en la obra de Melanie Klein a la importancia de los factores de la realidad externa.

“Los factores externos desempeñan un papel vital desde el principio; tenemos razones para suponer que todo estímulo del temor a la persecución refuerza los mecanismos esquizoides, es decir la tendencia del Yo a disociarse a sí mismo y disociar al objeto, mientras que toda experiencia positiva fortalece la confianza en el objeto bueno y contribuye a la integración del Yo y la síntesis del objeto”. (pág.182)

“Las angustias focalizadas en los padres como objetos internos son, sin embargo, elaboradas gradualmente y reducidas a medida que el lactante deriva de la relación con los padres externos un sentimiento creciente de seguridad”. (pág. 197)

En: “Desarrollos del psicoanálisis”, Capítulo VI: Vida emocional del lactante.

“Desde el comienzo de la vida postnatal, y en cada estadio del desarrollo los factores externos afectan la evolución. Incluso en adultos, como sabemos, las actitudes y el carácter pueden estar favorable o desfavorablemente influenciados por el ambiente y circunstancias, y esto se aplica en mayor medida a los niños”. (pág. 209)

“La conclusión es que tiene la mayor importancia el trato paciente y comprensivo de la madre desde los primeros días en adelante. Esto se ve con mayor claridad gracias al incremento de nuestros conocimientos sobre la vida emocional temprana. Como he señalado: “El hecho de que una buena relación con la madre y con el mundo exterior ayuda al bebé a superar sus primeras ansiedades paranoides, arroja nueva luz sobre la importancia de las primeras experiencias. Desde sus comienzos, el análisis ha acentuado siem-

pre la importancia de las primeras experiencias del niño, pero me parece que sólo desde que sabemos más sobre la naturaleza y contenidos de sus primeras ansiedades y el interjuego constante entre sus experiencias reales y su vida de fantasía, podemos comprender plenamente por qué el factor externo es tan importante” .

A cada paso pueden reducirse o aumentarse las ansiedades persecutoria y depresiva, por la actitud de la madre; y el grado en que en el inconsciente del paciente prevalecerán figuras protectoras o persecutorias, está fuertemente influido por sus experiencias reales, principalmente con su madre, aunque pronto también con el padre y con otros miembros de la familia”. (pág. 213)

En: “Desarrollos del psicoanálisis”, Capítulo VII: Observando la conducta de bebés.

“Las circunstancias externas desempeñan un papel fundamental en la relación inicial con el pecho. Si el nacimiento ha sido dificultoso y sobre todo si existieron complicaciones tales como la falta de oxígeno, ocurre entonces una perturbación a la adaptación al mundo externo y la relación con el pecho se inicia en forma desventajosa. En casos como éstos el niño queda menoscabado en su capacidad de experimentar nuevas fuentes de gratificación y por lo tanto no puede internalizar suficientemente un objeto primario realmente bueno. Además, si el niño goza o no de alimentación adecuada y cuidados maternos, si la madre goza ampliamente con el cuidado del niño o sufre ansiedad y tiene dificultades psicológicas con la alimentación, todos estos factores influyen en la capacidad del niño para aceptar la leche con placer e internalizar el pecho bueno”. (pág. 112)

En: “Envidia y gratitud” Capítulo I: pág. 112 en “Las emociones básicas del hombre”.

“Tanto la capacidad de amar, como el sentimiento de persecución, dirigidos hacia la madre tienen profundas raíces en los primeros procesos mentales del bebé. Los impulsos destructivos y sus concomitantes -resentimiento por la frustración, el odio que ésta despierta, la incapacidad de reconciliarse y la envidia hacia el objeto todopoderoso, la madre, de quien depende su vida y su bienestar- son emociones diversas que despiertan ansiedad persecutoria en el bebé”. (pág. 126)

“Es inevitable que la agresividad innata resulte incrementada por circunstancias externas desfavorables y, de manera inversa, que disminuya por obra del amor y la comprensión que recibe el niño; y esos factores siguen actuando a lo largo de todo el desarrollo”. (pág. 127)

En: “El sentimiento de soledad y otros ensayos”, Capítulo 3: Nuestro mundo adulto y sus raíces en la infancia.

Bibliografía.

BICK, Esther: 1968 - "La experiencia de la piel en las relaciones objetales tempranas" Rev. de Psicoanálisis XXVII T. 1 1970.

BION, Wilfred: 1963 - "Aprendiendo de la Experiencia" Buenos Aires, Paidós 1966. 1963 - "Elementos del Psicoanálisis" Buenos Aires, Hormé 1966.

1967 - "Volviendo a pensar" Hormé. Buenos Aires.

1970 - "Atención e Interpretación" Buenos Aires. Paidós 1974.

HINSHELWOOD, R.: 1989 - Diccionario del pensamiento Kleiniano. Buenos Aires. Amorrortu Editores. 1992. JOSEPH, Betty:

1989 - "Cambio Psíquico y Equilibrio Psíquico" Madrid, Julián Yebenes.

1993 - "Contribuciones al Psicoanálisis" Buenos Aires, Hormé

KLEIN, Melanie: 1964 - "Desarrollos en Psicoanálisis" Buenos Aires, Hormé

1957 - "Emociones básicas del hombre". Envidia y gratitud en Buenos Aires, Nova

1960 - "Los Orígenes de la Transferencia" O.C. T. IL Paidós.

1959 - "Nuestro mundo adulto y sus raíces en la infancia" En: "El sentimiento de la soledad" Buenos Aires, Paidós Hormé 1969.

LAPLANCHE Y PONTALIS: Vocabulaire de la Psychanalyse. París, Presses.

MELTZER, Donald: 1987 - "Vida onírica", Tecnipublicaciones, Madrid.

1990 - "La aprehensión de la belleza" Buenos Aires, Spatia.

1990 - Conferencia pronunciada en APdeBA el 11-IV-89. Psicoanálisis Vol.. XH.

1990 - "Familia y Comunidad" Buenos Aires, Spatia

ROSENFELD, H.: 1987 - "Impasse e Interpretación" Madrid, Tecnipublicacione.

SEGAL, Hanna: 1979 - "Melanie Klein" Madrid, Alianza Editorial. 1985.

1981 - La Obra de Hanna Segal. Buenos Aires, Paidós 1989

WILLIAMS, Gianna: Acerca de la Función Omega (Ficha de APdeBA)

Conferencia pronuniada en 1995.

NUEVE SEMANAS Y MEDIA.

Contribución de:
Dra. María Haydée Castellaro de Pozzi.

Esta película nos muestra la historia de una relación que podemos considerar perversa.

Voy a tratar de pensarla desde los lineamientos teóricos sustentados por el Dr. Donald Meltzer, integrante del pensamiento postkleiniano, quien ha realizado importantes contribuciones al tema de la perversión. Creo que en el escenario de la película se despliega, representada por los personajes, la estructura interna del estado mental perverso. La finalidad buscada por este estado mental es eliminar las angustias, en especial las depresivas, o sea, eliminar el miedo a experimentar sentimientos de pérdida de los objetos amados por haber sido dañados por la propia destructividad que es fantaseada con cualidad omnipotente. Domina entonces un tono emocional maníaco.

Meltzer llama perversa a cualquier manifestación, genital o pregenital sólo si involucra un contenido de fantasía sádica, de ataque a los objetos internos o al self.

Vemos a Elizabeth comenzando un día de trabajo. Se nos muestra todo su recorrido hasta llegar a la galería de arte donde trabaja. La zona por la que transita se vuelve más sórdida, lo mismo que los personajes que encuentra, las calles más oscuras, aparecen recolectores de basura. Compra e intenta leer un diario. Todo alude a una persona corriente que intenta conectarse con la realidad, conexión que irá perdiendo a lo largo del transcurso del film y que luego recuperará. Es una mujer joven y bella. Separada de su marido, anhela entablar una nueva relación de pareja. Influenciada por la amiga con quien comparte trabajo en una galería de arte, organiza una fiesta, en la que predomina un intercambio jocoso de características fuertemente anales.

Asistimos al comienzo de la relación con John. En un lugar oscuro y sórdido. Él aparece por detrás sonriendo con cara enternecida y seductora, característica que mantendrá durante toda la película. La seduce con regalos caros, (el chal), luego será el reloj, con el envío de flores, pero en seguida comienza a generarse el clima sádico: la comida en el restaurant con relatos sobre asesinatos de mafiosos en ese lugar, luego al decirle que corre riesgos al estar sola con él en una casa sobre el mar. Elizabeth puede todavía reaccionar y se va. Puede decir no. Pero él sigue seduciéndola con el envío de flores. Elizabeth va progresivamente infantilizándose. Vemos los globos, el juego en

rueda gigante en el parque de diversiones donde él la deja parada en las alturas. Ya, en esta escena es evidente como John disfruta al verla disgustarse reducida por él a la impotencia. Luego, la primera escena erótica. Para nada se habla de sentimientos. Es más, él dice que no le interesan, cuando ella le pregunta si no quiere saber que siente ella por su ex marido. Sólo le interesa que ella se preste al juego erótico que él propone, es decir, que se vuelva el objeto de los impulsos de él, aceptando pasivamente sus propuestas, propuestas que rápidamente se convierten en exigencias, con promesas de placer para ella. Vendarle los ojos es una manera de fomentar la desconexión de la realidad y la regresión. Él logra que ella se deje acariciar con trocitos de hielo. Esta experiencia opera seductoramente como promesa de placeres sensuales. Y él la induce cuando le regala el reloj, a recordar sus caricias muy puntualmente a las 12 de cada día. Elizabeth se engancha, lo que se nos muestra en la escena de la masturbación.

Progresivamente, las situaciones eróticas que se inician como un juego van adquiriendo un carácter más violento y sádico, hasta volverse francamente crueles por lo degradante. Reina la confusión de zonas erógenas como cuando John pretende alimentar a Elizabeth en la boca, con cucharita y le da diversos alimentos muy coloridos, pero entre ellos un ají picante, le arroja soda y luego tienen relación sexual en medio de un gran enchastre con miel.

En una ocasión en que pretende pegarle en las nalgas y quiere que se baje la bombacha termina por violarla con verdadera saña. También la obliga a gatear, él dice caminar en 4 patas, y a recoger dinero del piso amenazándola con el látigo. La induce a robar en una tienda, y por último introduce una prostituta que le manosea con el fin de provocarle excitación y con la que John recrea una escena primaria degradada a cuya visión somete a Elizabeth. Intenta así usarla para depositar en ella a través de la identificación proyectiva, todo su odio sádico hacia la pareja en su realidad psíquica.

Con una apariencia de relación amorosa se trata en realidad de una relación francamente sadomasoquista en la cual la emocionalidad del amor está degradada y tan sólo se persigue crear situaciones de excitación.

La vida de John se nos muestra muy restringida. De día trabaja con éxito, De noche se dedica a sus prácticas perversas en las que arrastra a Elizabeth. Le dice que lo único que quiere de ella es que le de sus noches. Todo lo que cae fuera de las prácticas perversas carece para él totalmente de interés. Se niega a conocer los amigos de Elizabeth, cuando ella se lo propone. También se lo ve a John creando situaciones en las que procede tratando a la gente de un modo muy cínico. Se va enloqueciendo progresivamente.

La protagonista comienza a cuestionarse qué finalidad tiene esa relación, es decir, si tiene algo que ver con el amor y después de una crisis decide con dolor apartarse de este vínculo esclavizante. Cuando él la obliga a estar bajo la lluvia se ve sugestivamente una gruesa cadena, símbolo de esclavitud, luego él la alimenta con sopa caliente en un intento pseudo reparatorio, es

decir, sin experimentar dolor por el daño infligido. Por el contrario el dolor de Elizabeth lo excita.

Otro aspecto de la seducción pasa por erigirse en el protector, (“yo te cuidaré”) con lo cual calza en las necesidades de la parte infantil de Elizabeth de recuperar el vínculo añorado con su papá (Escena de la foto).

Podemos conjeturar que a través de sus violentas actuaciones John externaliza una parte muy destructiva de su self que necesita alterar lo bueno para convertirlo en malo y cínicamente hacer pasar lo malo por bueno. La consigna implícita es: “mal, se tú mi bien”. Son ataques a la pareja interna creativa, familia interna ideal. Esta parte destructiva de su self, (el outsider) ha capturado la identidad de John, y desde ella opera. En la realidad psíquica, mundo interno, los aspectos infantiles libidinales de su self están seducidos y dominados, por esta parte destructiva, malévolamente en su intención, que se erige en salvadora de la confusión y el caos. Los aspectos infantiles buenos que operan desde lo libidinal, se unen a esta parte destructiva y desalojan y abandonan a las buenas figuras internas. Estas buenas figuras internas han sido construidas desde el predominio del amor en las relaciones, a través del intercambio introyectivo proyectivo, son el padre y la madre buenos de la realidad psíquica. Estamos viendo una organización narcisista de la estructura del mundo interno que se instrumenta frente a la desesperación subyacente que es fuertemente negada. Los aspectos infantiles libidinales pasan a depender de la parte destructiva del self, en vez de hacerlo de los buenos objetos internos.

Es posible suponer que esta parte mala del self de John pudo haberse construido desde su primera infancia, en una elaboración patológica, por violenta intolerancia a situaciones emocionales infantiles, en especial celos posesivos, odio y exclusión frente a la escena primaria, rivalidad edípica, miedo al destete. No sabemos en que medida el ambiente intervino, pero si podemos conjeturar la carencia de objetos que pudieran haber sido suficientemente continentes de estas situaciones.

Elizabeth cargaría con la identificación proyectiva del aspecto infantil femenino de John rechazado y escindido, (la maltrata y la disfraz de varón) lo cual explica la dependencia de él hacia ella, ya que de este modo ella pasa a contener parte de su identidad. El le dice: Me vi reflejado en ti. Es una relación objetal totalmente narcisista que implica confusión sujeto-objeto. Ni al final, cuando ella lo deja, aparece el menor atisbo de cuestionarse por la responsabilidad que él pudiera tener en lo sucedido. No hay angustia. Tan sólo se le ocurre decir que Elizabeth vuelva antes de que él cuente hasta cincuenta. Y la deja ir. Es decir, que ella vuelva para continuar de la misma forma. Si después de contar 50 no retornó él buscará nueva partenaire. No hay el menor intento de abandono de la conducta perversa. Elizabeth sólo le interesa en la medida en que acepte participar de ella. Sufre una cosificación.

John es totalmente egosintónico con su perversión. Tan sólo acudiría a terapia con la intención de acomodar mejor su perversión al resto de su vivir.

¿Porqué Elizabeth acepta tanto sometimiento? Tal vez por que aunque desea ser amada y amar, sufre una confusión entre lo que es el deseo de intimidad amorosa y la ávida búsqueda de satisfacción sensual. Estaría aún transitando emocionalmente por la adolescencia con sus características confusiones, no importa cual sea su edad cronológica. John la seduce a través de la sensualidad y de los halagos por su belleza. Pero progresivamente, aunque Elizabeth sigue accediendo a los requerimientos perversos de John, lo hace cada vez más a disgusto. De haber sido ella también perversa, habría continuado en el rol masoquista que le hubiera permitido disfrutar a través de identificarse proyectivamente con el sadismo de John.

Luego de las escenas que muestran su encuentro con el pintor creativo y admirado por ella, Elizabeth decide liberarse. Posiblemente este encuentro le permitió recuperar los aspectos saludables y constructivos de su self y la buena relación con las figuras valiosas de su mundo interno.

En tanto que en John asistimos a un progresivo deterioro, en Elizabeth vemos el proceso inverso. Paso a paso pudo pensar y discriminar, elaborando así sus confusiones y logrando aprender de las tumultuosas experiencias vividas. A ella sí la imaginamos consultando a un analista, preocupada por haberse dejado seducir y reducir a una relación de este tipo. Muchas gracias.

IDENTIFICACION ADHESIVA.

Contribución de:
DRA. MARÍA HAYDÉE CASTELLARO DE POZZI,
1987.

Esta monografía intenta estudiar la identificación adhesiva como un tipo de identificación narcisista y abordar las consecuencias a nivel de la teoría y de la técnica que se plantean a partir de su conceptualización.

La descripción de este mecanismo surge de las investigaciones de Meltzer y colaboradores (9f) en niños autistas y de las de Esther Bick (1) en los análisis de niños y de adultos, y en la observación de lactantes, al enfrentarse a fenómenos de los cuales no podían dar cuenta desde la teoría de la identificación proyectiva.

En 1946 (7a) Melanie Klein describe la identificación proyectiva, fantasía omnipotente por la cual una parte del self es disociada y proyectada dentro de un objeto tomando posesión de su mente, cuerpo e identidad. Esto configura un tipo de identificación narcisista, es decir la identificación con el objeto de características ilusionales e inmediatas que en situaciones extremas conduce a la identidad delirante a través de la confusión sujeto-objeto.

La teoría de la identificación proyectiva permitió entender las expresiones clínicas del narcisismo secundario, expresión que se refiere a un estado reconocible. Así, el objeto no sólo es amado u odiado según se perciba como gratificante o frustrante, sino que es usado para poder ubicar en él partes del propio self a través de la identificación proyectiva. El objeto es vivenciado como conteniéndolas y siendo idéntico a ellas constituyéndose de este modo la relación narcisística de objeto.

El uso de este mecanismo intenta borrar toda separación y diferencia entre sujeto y objeto evitando así frustración y dolor psíquico (situaciones ya sea de separación u otras que despiertan emociones intolerables, por ejemplo, envidia).

La teoría de la identificación proyectiva dio fundamento a la idea de una transferencia psicótica e hizo factible su modificación mediante la interpretación permitiendo el abordaje de pacientes psicóticos y de la parte psicótica de la personalidad sin modificaciones sustanciales de la técnica analítica. En el proceso analítico (9c) Meltzer declara que el alcanzar la salud fundamental y el evitar el peligro del deterioro psicótico depende en qué medida ha podido lograrse el abandono (por cierto que nunca total) de este mecanismo.

señalada por M. Klein fue estudiada profundamente por Bion. Es de gran importancia en la comunicación y como precursora del pensar. Es el tipo de identificación proyectiva realista que toma en cuenta la existencia del objeto externo (6).

El bebé proyecta en la madre (al igual que el paciente en su analista) sus emociones intolerables, en especial su temor a morir. Si la madre posee lo que Bion llama capacidad de reverie se las devuelve metabolizadas, como un temor leve y soportable. Si la madre fracasa en esta función el niño experimenta gran ansiedad que en casos extremos puede llegar a magnitudes catastróficas: “terror sin nombre” (Bion, 2a, cap XII; 2b, cap IX).

La identificación adhesiva fue durante mucho tiempo confundida con la identificación proyectiva. Mrs. Bick (9d) comenzó a caracterizar un tipo “de pacientes juntando ambas manos, señalando así que “se pegaban”, se vinculaban con una cualidad de adherencia. Eran pacientes que no pensaban en terminar sus análisis, su concepción de las relaciones así como sus valores eran muy externos, no se fundaban en principios internos ni en la observación de sí mismos. Exhibían un franco predominio del copiar, del imitar, actitud mediante la cual llevaban a cabo el aprendizaje en vez de usar la experiencia. Estaban muy preocupados por todo lo superficial: status social, moda, todo lo formal. Eran, algunos, personas aparentemente “bien adaptadas” cuya motivación para llegar al análisis parecía fundarse también en su necesidad de copiar a los demás aunque a veces obedecía a falta de logros en el trabajo o modo insatisfactorio de relacionarse.

Juntamente con la adhesividad Bick (9d) observó en estos pacientes estados de desorganización temporaria similares a los estados de no integración de los lactantes cuando se ponían muy ansiosos y sus madres eran incapaces de contenerlos, y la ansiedad crecía hasta adquirir cualidad catastrófica. Cuando padecían estos estados, los adultos se volvían incapaces de hacer nada, tenían que sentarse, comenzaban a temblar, quedaban atontados, paralizados y confundidos. Aparecía en sus sueños la vivencia de no integración, de no poder mantenerse unidos, como si carecieran de una piel que los uniera.

En base a estas observaciones Bick (1) reformula el desarrollo psíquico temprano ya que postula la existencia de una primera etapa inmediata mente posterior al nacimiento caracterizada por el estado de no integración: las diferentes partes de la personalidad, aún no diferenciadas de las partes del cuerpo se vivencian carentes de una fuerza que las una. Este estado se acompaña de ansiedad catastrófica, durante el mismo es preciso experimentar pasivamente la vivencia de contención provista por un objeto capaz de llevar a cabo esta función, objeto vivenciado como una piel que une, contiene y reemplaza el estado de no integración.

Importa destacar que hasta que las funciones continentales no hayan sido introyectadas el concepto de un espacio interno y externo no puede emerger. En consecuencia no puede tener lugar la introyección, es decir la construcción de un objeto en un espacio interior ni la disociación primaria y la idealización del self y del objeto señaladas por Klein que presuponen una diferenciación rudimentaria entre self y objeto como sólidos y espacios.

Citando a Bick: “Parecería que en el estado infantil no integrado, la necesidad de encontrar un objeto contenedor lleva a la frenética búsqueda de un objeto, sea éste una luz, una voz» un olor, o algún otro objeto sensual que sea capaz de mantener la atención y por lo tanto susceptible de ser vivenciado por lo menos temporariamente como algo que une las diversas partes de la personalidad. El objeto óptimo es el pezón dentro de la boca, Junto con la madre que sostiene al bebé, le habla, y de la cual emana un olor familiar.” (Bick, 1).

Este es el objeto que se vivencia como una piel. Bick señala que el desarrollo deficiente de esta función primitiva resulta de la inadecuación del objeto real, tal como ella lo observó, o de los ataques fantaseados contra él (1).

La falta de integración es una experiencia pasiva de total desamparo. La ansiedad catastrófica que la caracteriza difiere de las ansiedades persecutoria y depresiva más limitadas y específicas.

Como fenómeno compensatorio, cuando la función primitiva de contención no se logra se da la autocontención patológica a expensas de hipertrofiar funciones intelectuales o musculares que operan a modo de segunda piel a través de la cual estos pacientes se mantienen unidos y reemplazan la dependencia respecto del objeto por una pseudoindependencia.

La identificación adhesiva, queda entonces para Bick relacionada a la patología vinculada al defecto del desarrollo que persiste cuando no puede ser reemplazado exitosamente el primitivo estado de no integración.

Meltzer (9f), por su parte, estudiando los niños postautistas observa en su rica fenomenología, rasgos que atribuye al operar de este mecanismo. Fundamentalmente son: dependencia de cualidad adhesiva, colapso frente a la separación y fenómenos derivados del particular tipo de imitación que llevan a cabo.

La dependencia es de tipo adhesivo. No reconocen la existencia separada del objeto cuyos servicios se dan por descontado. El cuerpo y la mente del objeto deben llevar a cabo las funciones yoicas del sujeto e incluso decidir por él. De no ser así estos pacientes sufren un derrumbe.

Es muy grande la intolerancia a la separación, que se vivencia como un rechazo que los lleva al colapso.

En cuanto a la imitación que llevan a cabo, se refiere a la apariencia y a la mímica del objeto, no a su estado mental por lo que aparentan ser cabezas huecas; a veces hablan como loros. Se quedan como “pegados” al analista en el sentido de que les interesa sólo lo que él hace y lo repiten, por ejemplo: usar

ropas del mismo color que las usadas por el analista el día anterior.

Juntamente a la sintomatología perteneciente a la identificación adhesiva los niños postautistas presentan otros rasgos que Meltzer vincula a que llama bidimensionalidad (9f, cap. IX), es decir, la concepción bidimensional del mundo que tienen estos pacientes: no pueden conceptualizar el espacio ni el adentro ni el afuera; funcionan como si hubiera sólo superficies, no pueden en consecuencia diferenciar las áreas de la fantasía por lo que sufren una confusión geográfica. Tienen dificultad en retener contenidos mentales porque no pueden conceptualizar un espacio que pueda estar cerrado. El yo y el objeto son vivenciados como superficies que se adhieren, carentes de espesor y de espacios internos, lo que implica la imposibilidad de procesos proyectivos e introyectivos. Esta falta de espacios internos vuelve al self deficiente como continente y da una cualidad maniaca a la personalidad.

Al carecer de espacios, tanto el self como el objeto, se produce un retardo del desarrollo mental porque al no poderse poner en juego la identificación proyectiva ni la introyectiva se frenan la fantasía, la memoria y el pensamiento. También es peculiar la relación con el tiempo que en realidad no se mueve (tiempo circular) (9f cap. IX).

En estos niños existirá lo que Meltzer llama el “fracaso primario de la dependencia” (9f, cap. II) que los lleva a experimentar al objeto, el pecho y la madre como si fueran finos como papel (bidimensionales). Este fracaso ocurriría en razón de los rasgos que los caracterizan. Posesividad, intrusividad, sensualidad son muy intensas en ellos y se acompañan de fantasías invasoras omnipotentes. El objeto es experimentado entonces como horadado, con orificios que no se pueden cerrar, carente de esfínteres y sin espesor. También incidirían las limitaciones propias de la madre en cuanto a su posibilidad de brindar una contención adecuada

En la terapia de estos niños se observa que el espacio potencial, es decir la tridimensionalidad puede aparecer recién cuando se comienzan a cerrar los orificios del objeto y a registrarse esfínteres.

Meltzer al vincular la dependencia de los niños autistas con la total dependencia propia del recién nacido, infiere que la identificación adhesiva y la relación de objeto bidimensional, caracterizarían un momento muy precoz del desarrollo normal en el cual existiría un vínculo narcisista en el que la mente y el cuerpo del niño se prolongan en el objeto y que Meltzer relaciona con la identificación del narcisismo primario descrita por Freud. Al igual que Bick acepta la existencia de una etapa previa a la posición esquizoparanoide durante los primeros días de vida en la cual es necesaria una experiencia postnatal de contención mental que continúe y refuerce la experiencia intrauterina. En ella se establecería el ritmo del sueño, los ritmos electroencefalográficos y todo tipo de correlato entre lo mental y lo fisiológico (9d).

La identificación adhesiva deviene así la identificación narcisista en el

mundo bidimensional así como la identificación proyectiva lo es en el tridimensional.

Cuando el mundo es bidimensional el tiempo se vivencia como circular. No se pueden concebir cambios duraderos. En la tridimensionalidad el tiempo es oscilante. Se vincula al entrar y salir del objeto. Dentro del objeto no existe su transcurrir.

Ya fuera de la esfera del narcisismo, la identificación introyectiva caracteriza la vida mental al lograrse la tetradimensionalidad; el tiempo es vivenciado entonces como un proceso lineal sin retorno, con un punto final: la muerte.

Meltzer considera a la introyección como el más importante y misterioso concepto en psicoanálisis (9h).

De la posibilidad del paciente en proceso analítico de introyectar nuevas cualidades enriqueciendo los objetos internos depende el crecimiento mental durante el proceso analítico y la posibilidad de terminación del mismo. La introyección de la experiencia se llevaría a cabo sólo cuando su cualidad emocional es de no posesividad. En palabras de Meltzer (de su trabajo *Notas sobre los procesos introyectivos*): “Cuando se le puede dar a un objeto su libertad de ir y venir a voluntad, el momento de la experiencia de la relación con ese objeto puede ser introyectado. Esto produce una modificación en las cualidades y capacidades del objeto interno que es muy apropiada para él, que puede servir de modelo de esfuerzo y aspiración y por lo tanto de identificación para el self”.

Importa señalar las diferencias entre las dos identificaciones narcisistas. En la identificación adhesiva no se reconoce la existencia separada del objeto que debe llevar a cabo las funciones yoicas mientras que en la identificación proyectiva existe la fantasía de independencia debido a la pérdida de diferenciación entre las capacidades adultas y las infantiles.

Frente a la separación existe colapso en la identificación adhesiva en tanto que en la proyectiva, se evita al confundirse con el objeto interno.

En cuanto a la identificación, en la adhesiva se lleva a cabo con aspectos de la apariencia y de la conducta superficial del objeto, no de sus estados o atributos mentales por lo cual parecen cabezas huecas, mientras que en la proyectiva produce la ilusión de conocimiento o claridad del insight con vivencia de omnisciencia.

Los niños identificados adhesivamente llevan a cabo una caricatura no hostil del objeto que Meltzer llama diminutización y que posee una cualidad de encanto, muy diferente de la caricatura hostil de los identificados proyectivamente cuyo exponente máximo son los travestis y los pseudomaduros.

Ya tratándose de adultos neuróticos y psicóticos Meltzer describe la superficialidad como rasgo de carácter. Describe en estos pacientes la delgadez de la vida emocional, consecuencia necesaria de la relación superficie a superficie con los objetos, así como un deterioro del sentido del tiempo resultante de la imposibilidad de concebir cambios duraderos (tiempo circular)

¹ Algunos autores no están totalmente de acuerdo con este punto de vista. Entre nosotros Rabih (11) sostiene que el niño autista concibe el espacio (vientre materno) pero experimenta pánico frente a sus contenidos. No se atreve en su fantasía a penetrarlo. Permanece así adherido al objeto como si éste fuera un objeto transicional esperando la ocasión adecuada para atreverse a utilizar la identificación proyectiva.

² Etchegoyen se refiere a la identificación adhesiva como una manera especial de manejar la angustia de separación: “Son analizados que buscan estar en contacto, les interesa escuchar la voz del analista o que los escuchen, sin que el contenido del discurso cuente para ellos. Tienen a desmoronarse y en los sueños aparece a veces muy claramente la búsqueda desesperada de la compañía y el contacto. Como los niños autistas de Kanner (1934) estos analizados no parecen escucharnos: las palabras les entran por una oreja y les salen por la otra, como si dentro de la cabeza no hubiera un espacio para contenerlas”. Fundamentos de la técnica psicoanalítica, pág. 572

La bidimensionalidad en estos casos correspondería (siempre según Meltzer) a un fracaso en el desarrollo o bien se instrumentaría regresivamente como una organización defensiva frente al complejo de Edipo genital como en el caso citado por Meltzer (Exploración del autismo, Cap IX).

También las personalidades “como si” pueden entenderse con esta nueva herramienta conceptual.

En lo que se refiere al trabajo analítico Meltzer enfatiza que muchos de los fenómenos deben ahora pensarse causados por un defecto estructural más que por una motivación subyacente. En Identificación adhesiva Meltzer señala que “son pacientes que se caen en pedazos ocasionalmente y exigen gran paciencia por parte del analista hacia los problemas contratransferenciales que se vinculan a la capacidad de contener al paciente. Son pacientes que necesitan que el terapeuta se preocupe por ellos y pueda manejar esa preocupación. Esto sucede en razón de que tienen que desarrollar un objeto interno que pueda sostener algo, que no tenga una pérdida ya que no pueden contener nada demasiado bien dentro de ellos mismos.”

Pasa a primer plano la capacidad de esperar del terapeuta. La experiencia analítica debe proveer algo que no se adquirió en la etapa correspondiente.

E. Bick por su parte destaca la importancia de la firmeza del encuadre a los efectos de la introyección de la vivencia de contención y plantea como un requisito del logro terapéutico el perseverar hasta alcanzar la elaboración de la dependencia primaria hacia el objeto materno.

Ella considera el problema de la fortaleza del yo: de no introyectar se las funciones de contención, existe una fragilidad general en las integraciones y organizaciones posteriores que se manifiesta a través de los estados de no integración.

Meltzer se centra en las consecuencias ya vistas del trastorno en la adquisición de la tridimensionalidad, concepto de espacios dentro del self y el objeto: al persistir la bidimensionalidad está seriamente dañado el desarrollo mental. No pueden tener lugar el pensamiento, la memoria, la fantasía, al estar impedidos los procesos de identificación proyectiva e introyectiva. De particular importancia se vuelve el que la experiencia no puede resultar en la introyección de objetos o en la modificación introyectiva de los objetos ya existentes (9f).

En Klein la espacialidad era un hecho dado, en tanto en Meltzer es una adquisición del desarrollo ya que como él mismo lo declara, sostiene un punto de vista evolucionista de la dimensionalidad en la visión del mundo. (Exploración del autismo, pág. 198)

En cuanto a la disociación e idealización del self y el objeto, primer paso del desarrollo según Klein, Meltzer las sitúa dentro del establecimiento de la bidimensionalidad y antes de la transición a la tridimensionalidad.

Bick y Meltzer aunque no lo explicitan difieren en cuanto al orden en

que se dan los procesos ya que Meltzer plantea el logro de la tridimensionalidad como condición previa del de la función continente mientras que E. Bick señala la introyección de la función continente como paso previo y condición para la adquisición de la fantasía del espacio. Expresa (1): “Pero esta función interna, la de contener las partes del self, depende inicialmente de la introyección de un objeto externo, el cual debe ser vivenciado a su vez como capaz de cumplir esa función. Más adelante la identificación con esta función del objeto reemplaza al estado de no integración y da origen a la fantasía del espacio interno y del espacio externo. Sólo entonces se da el marco necesario para que puedan comenzar a actuar la disociación (splitting primaria) y la idealización del objeto que describe M. Klein.

Hasta que no se hayan introyectado las funciones de contención, es imposible que aparezca un espacio dentro del self”

De un modo o de otro ambos autores replantean la teoría del desarrollo psíquico temprano al postular la existencia de una etapa inmediatamente posterior al nacimiento durante la cual existe la necesidad de vivenciar una experiencia de contención como condición sine qua non para el logro de estos pasos previos del desarrollo (introyección de las funciones continentes y adquisición de la tridimensionalidad), y que la primitiva disociación e idealización del self no se instala d'emblée a partir del nacimiento, como enfáticamente sostenía Klein (Vida emocional del lactante)

El pensar en estos términos acerca a estos autores como Meltzer mismo expresa a la teoría del narcisismo primario sostenida por Freud. Bidimensionalidad, identificación adhesiva configuran uno de los dos tipos de relación narcisista de objeto. El objeto es tratado como no existente por su fusión superficie a superficie con el self.

Surgen interrogantes acerca de la envidia: M. Klein (7) consideró la envidia el factor por excelencia de ataque a la más temprana de las relaciones, que socava de raíz los sentimientos de amor y gratitud. Señaló que es expresión oral-sádica y anal-sádica de impulsos destructivos, que opera desde el comienzo de la vida y tiene base constitucional, que impide la introyección del objeto bueno primario base del desarrollo satisfactorio.

La fantasía envidiosa busca colocar en la madre y especialmente en su pecho maldad, excrementos y partes malas de sí mismo con el fin de dañarla y destruirla. Se lleva a cabo a través de la identificación proyectiva.

En consecuencia el operar de la envidia implica espacios preconfigurados. De este modo la teoría de la Envidia primaria sería incompatible con la teoría del desarrollo que acepta una primera etapa caracterizada por la bidimensionalidad.

La aparición de la envidia sobrevendría entonces en un momento posterior perdiendo así su status de fenómeno primario.

El bebé recién nacido pensado desde Bick y desde Meltzer es muy distinto del recién nacido descrito por Klein. Este tiene un yo que se debate con

³ Entre nosotros, Etchegoyen discrepa con este modo de pensar. “Yo pienso que venimos programados para percibir el espacio y el tiempo, y que el tema a investigar es cómo opera la experiencia para que se desarrolle esa noción del espacio y el tiempo que ya estaba potencialmente en el código genético; pero dudo que el desarrollo humano vaya genéticamente desde un mundo de una dimensión al de cuatro”. Los fundamentos de la técnica psicoanalítica, 1986. Amorrortu Editores, Buenos Aires, pág. 537

⁴ También: “Para terminar este largo prólogo -que ya se está convirtiendo en una introducción algo pesada a un libro hermoso- diré que creo posible que al comienzo del desarrollo, las relaciones de objeto sean simultáneamente bi y tridimensionales y que los mecanismos de introyección y proyección no necesiten un ámbito especial y espacial para ponerse en marcha. Es posible que, como diría un etólogo, vengamos programados para ello, es decir, que existan en nosotros a priori las categorías kantianas- Y que, como nos recuerda bellamente el poeta, se hace camino al andar”, Exploración del autismo. Donald Meltzer et al. Paidós, Buenos Aires, 12 edición, 1979. Introducción a la versión castellana, Dr. R.H. Etchegoyen, pág. 16.

la ansiedad persecutoria, dotado de suficiente fuerza para disociar activamente al objeto y a sí mismo e idealizar al objeto bueno para protegerse del persecutorio, es decir en suma para poner en juego defensas maniacas.

El recién nacido de Meltzer y Bick es más desvalido. Su yo no está integrado y depende totalmente del objeto y de la experiencia que éste le proporciona para proseguir con su desarrollo ya que sin experiencia de objeto continente no es posible superar el funcionamiento adhesivo.

La experiencia objetal pasaría así a ser estructurante del psiquismo en una nueva dimensión.

Bibliografía

1. **Bick, E.** La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas. Rev. de Psicoanálisis, vol. 27, 1970, pág. 111.
2. **Bion, W.R.** (a) Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires: Paidós, 1966). (b) Una teoría del pensamiento. En Volviendo a pensar. Cap. 9. Buenos Aires: Hormé, 1972,
3. **Bleichmar, C.L. y N.** Las teorías psicoanalíticas después de Freud. Tra bajo leído en APdeBA, 1986.
4. **Etchegoyen, R.H.** (a) Prólogo a Exploración del autismo, Meltzer y col. Buenos Aires: Paidós, 1979. (b) Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Ámorrortu, 1986,
5. **Gioia, T.** Consideraciones acerca del concepto psicoanalítico de narcisismo. Psicoanálisis, vol. 4 n° 2, 1982. ;
6. Grinberg, L. Teoría de la identificación. Buenos Aires: Paidós, 1976.
7. **Klein, M.** (a) Notas sobre algunos mecanismos esquizoides (1946). En desarrollos en psicoanálisis, M. Klein y otros autores, 1962. (b) Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante. En Desarrollos en psicoanálisis, M. Klein. 1962. (c). Envidia y gratitud (1957). En Emociones básicas del hombre. Nova, 1960.
8. **López, B.** (a) Donald Meltzer y el desarrollo psíquico temprano. La tridimensionalidad. Psicoanálisis, vol. 1V, 1984, n° 2 y 3, (b) y colaboradores. Acerca de las características definitivas de la identificación introyectiva. VI Simposio y congreso interno, APdeBA, 1984,
9. **Meltzer, D.** (a) La diferenciación de los delirios somáticos de la hipochondría. Congreso de Estocolmo, 1963. (b) La relación entre la masturbación anal y la identificación proyectiva, 1966). Rev. de Psicoanálisis, tomo 24, n° 4, 1967. (c) El proceso psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós, 1968, (d) Identificación adhesiva (Transcripción de charla informal en el William Alanson White Psychoanalytic Society, el 25. X. 1974, (e) El delirio de claridad del insight. Rev. de Psicoanálisis, tomo 33, n° 3, 1976. (f) y colaboradores. Exploración del autismo. Buenos Aires: Paidós, 1979. (g) El desarrollo kleiniano (versión corregida por el autor de la conferencia pronunciada en la Asociación Psicoanalítica Uruguaya, 18.9.79.

(h) Una nota sobre los procesos introyectivos (Trabajo inédito, leído en la British Psychoanalytical Association, 1980). (i) Desmantelamiento. Un tipo de obsesionalidad (ficha de circulación de APdeBA). (j) La expansión kleiniana de la metapsicología de Freud. (traducido del International Journal of Psychoanalysis, vol. 62, 1981, (k) y colaboradores. La distinción conceptual entre la identificación proyectiva (Klein) y la noción de continente- contenido (Bion), 1982. (l) El modelo de la mente según Bion, Madrid, 24 de febrero de 1984 (conferencia).

10. **Oelsner, R.** De la identificación primaria a la identificación delirante. XXXIV Congreso Psicoanalítico Internacional. Hamburgo, 1985.

11. **Rabih, Moisés.** Comunicación personal.

12. **Raitzin de Vidal, M.I.** Desarrollo psíquico temprano según Esther Bick. Psicoanálisis, vol. 6, 1984.

13. **Rosenfeld H.** (a) Psicopatología del narcisismo: enfoque clínico. (1964). En Estados psicóticos, Buenos Aires: Hormé, 1974. (b) Acerca de la identificación proyectiva. Contribución a la psicopatología de los estados psicóticos. Coloquio Internacional sobre Psicosis, Montreal, noviembre de 1969.

⁵ Etchegoyen no está de acuerdo con que se ubique el concepto de la identificación adhesiva, al que reconoce validez, dentro de una teoría del desarrollo. Señala así: "En general cuando queremos dar cuenta de los orígenes caemos fácilmente en contradicciones. Así, por ejemplo, Bick sostiene que si no hay una piel continente la identificación Proyectiva funciona sin que nada la pueda abatir, pero también dice que la identificación proyectiva requiere la creación previa de un espacio en el self, Es decir que dice dos cosas distintas: que si no se forma un espacio en el self mal puede funcionar la identificación proyectiva; que si no se forma ese espacio en el self continúa sin término la identificación proyectiva. Cuando se refiere a este trabajo en su libro, Meltzer trata de salvar esta contradicción pero no sé si lo logra. Yo creo que es una contradicción insoluble porque si sólo la introyección de un objeto-piel hace posible la creación de un espacio interior, ¿dónde se aloja esa primera introyección?". Fundamentos de la técnica psicoanalítica, pág. 538.

⁶ Etchegoyen señala también la coincidencia entre Bick y Meltzer en cuanto a postular una € tapa del desarrollo previa a la esquizo paranoide con A, Rascovsky y su teoría del psiquis fetal hidimensional y con Bleger y su teoría de la posición glichrocárica. Fundamen" tos. de la técnica psicoanalítica, pág. 572

INSIGHTS DE UN GRUPO BALINT ACERCA DE LA FUNCIÓN PSICOTERAPÉUTICA DEL MÉDICO.

El motivo de esta presentación es ilustrar un aspecto de lo que Balint llamará “el moderado pero importante cambio de la personalidad del médico” que se logra a lo largo del proceso del trabajo grupal, en los grupos de “análisis de la tarea”, (Grupo Balint) al sucederse experiencias de variada intensidad vivencial. Así se modifican las expectativas con las que ingresan los médicos al grupo. Estas expectativas giran fundamentalmente en torno al deseo de adquirir conocimientos psicológicos, ya sea: psicoterapia, índices diagnósticos y pronósticos, rudimentos de psicoterapia y aparecen reiteradamente con carácter de preocupaciones obsesivas, y a veces como demandas francas de recetas y fórmulas al coordinador.

Trataremos de mostrar de qué manera se modifican estas expectativas, si el trabajo grupal se realiza adecuadamente.

Para cumplir este objetivo, tomaremos como base la descripción del análisis de tres casos realizado en un grupo Balint, coordinado por una de las autoras (Ps. S. I. de S.) con la co-coordinación de la otra (Dra. M.H.C. de P.).

Ninguno de los tres casos presentados a continuación, fue traído al grupo ordenado y armado. Fueron introducidos con interrupciones y suspensos y luego ordenados “a posteriori” para su mejor comprensión y confrontación.

Primer caso: Se trata de un paciente de 52 años, que había tenido hacía tres meses un infarto de miocardio de buena evolución. El cardiólogo presenta el caso, no muestra preocupación por lo orgánico, pero teme que le esté pasando por alto patología psicológica importante. El paciente recuperado, lo visita en poco tiempo cinco veces; el grupo comparte con el médico la sorpresa porque el paciente, a raíz de un elemento desencadenante: la ley de alquileres «que lo obligaba a desalojar su negocio» quería cambiar de ocupación. Se sorprenden porque hasta ese momento el médico había considerado que la actividad que desempeñaba era lucrativa y exitosa.

El paciente quiere conocer su estado, porque está dispuesto a “hacer cualquier cosa” al dejar su actividad. Se proponía dedicarse a confeccionar cañitas de pescar, lo que le valió en el grupo la denominación del “caso de las cañitas”.

De la preocupación se pasó a la alarma, el médico y el grupo se preguntaban si esa elección no estaba representando algún aspecto “loco” del paciente; ya que parecía de porvenir económico precario.

El paciente había tenido un episodio de impotencia sexual y expresaba sentirse mal psíquicamente. Solicita al cardiólogo lo derive a un psicoterapeuta. El cardiólogo acepta y lo remite a otro miembro del grupo, que tenía formación psicoanalítica. Cuando esto se comenta en el grupo, con sorpresa se advierte que el paciente no concurre al profesional que le fue propuesto y en cambio continuó con más asiduidad aún, visitando a su médico.

Pasada la urgencia inicial del diagnóstico psicológico y el desconcierto, el grupo empieza a sentir interés y una preocupación más afectiva hacia el paciente. Se tiene menos miedo a “su locura”, se atenúa la preocupación obsesiva de derivación y se formulan hipótesis sobre su problemática vital. Se analizaron ángulos diversos, por ejemplo:

-Que a pesar del episodio de impotencia, su mujer no lo desvaloriza y lo apoya.

-Que la historia previa de las relaciones sexuales parecía satisfactoria

-Que otra fuente de malestar para el paciente era que la hija había formulado el deseo de ponerse a trabajar. Esto constituía un nuevo impacto a su autoestima, por cuanto hasta ese momento las necesidades económicas de su familia habían sido cubiertas por él en forma exclusiva.

-Que el trabajo previo, aunque exitoso, parecía haber cumplido un ciclo y significar en ese momento una exigencia mayor que la que estaba en condiciones de tolerar.

El grupo percibió una actitud afectiva por parte de la mujer y de él mismo, cuando coincidieron en el deseo de hacer un viaje, para tomarse un tiempo. El grupo se permitió también tomar se tiempo y toleró abrirse a interrogantes.

¿Por qué confundir una nueva etapa que quería iniciar su hija, y quizás él mismo, con impotencia?

¿Por qué confundir declinar objetivos esforzados, con ponerse “blando” y perder el falo?

Se desmitificó la versión “machista” que confunde un episodio de impotencia con la psicopatología de la impotencia. Un médico recordó que en su práctica, eran frecuentes los cuadros de impotencia, ante una situación de stress vital, física o psíquica, y que los mismos tenían características de reversibles. Generalmente el paciente oculta o magnifica esos episodios, que al médico mismo le resulta difícil de aceptar como factibles y hasta “normales” -esto es que corresponden a la norma o sea lo esperable- en determinados momentos y circunstancias de la vida. -

El grupo había logrado escuchar al médico y éste al paciente. De este escuchar, surgió una nueva hipótesis relacionada con la edad del paciente. Se consideró que los 50 años para este paciente podían significar haber en-

¹ “El médico, el paciente y la enfermedad” Michael Balint. Libros Básicos. Bs. As. 1961

² Utilizamos la denominación “análisis de la tarea” que es la usada por GEPEM (Grupo de Estudios sobre Perspectivas Médicas) por considerarla descriptiva de la naturaleza del trabajo que se cumple en los grupos dentro de la institución.

trado en una nueva etapa, como un recodo de su ciclo vital, y que quizás estaba asustado de pensar y desear objetivos distintos que, visualizados desde su perspectiva anterior equivalía a deterioro y decadencia.

El médico pasó mucho tiempo sin ver al paciente, y cuando el grupo lo recordó, se enteró que el paciente ya había regresado de su viaje, parecía andar bien y que podía suponerse que se había reacondicionado.

Este caso, durante y “a posteriori” permitió entender qué tipo de psicoterapia ejerce el médico. No había interpretado, no había buscado vincular ansiedades actuales con conflictos infantiles. El paciente había acudido a buscar ayuda en un momento de cambio vital. Se entregó al médico y este lo acompañó en momentos de transición, permitiéndole realimentar expectativas de vida y reestablecer nuevos vínculos consigo mismo y su familia.

El grupo hizo su propio aprendizaje, a través de las consideraciones de este caso, experimentó “en vivo y en directo” las diferencias entre crisis de descompensación y crisis vitales. En las primeras, las ansiedades inundan la personalidad. En las segundas, surgen como consecuencia de modificaciones en los sistemas de instalación, cambios de inserción. En estos casos, es cuando el sujeto necesita un cierto tiempo y apoyos, hasta que las energías encuentran nuevos objetos e intereses. El apoyo que pueda brindar una figura arquetípica, como es el médico, es muy importante; si escucha al paciente, éste se escucha a sí mismo, tolera sus nuevos sentimientos y necesidades y pasa con menos riesgos la etapa inestable de la transición.

El médico presentante llegó finalmente por señalamientos de la coordinación, a relacionar las crisis vitales de sus pacientes con las propias. Se observó que sus crisis de cambios vitales, fueron vividos muy intensamente, casi confundidos con cambios amenazadores y en los que por momentos parecía temer no poder salir por al mismo y tener que acudir a ayuda psicológica. En ese momento el grupo había logrado el análisis situacional al incluir la comprensión de las situaciones internas del médico que podían estar incidiendo en su visión del campo (análisis de la contratransferencia).

El caso siguiente fue traído por un médico, especializado en infecciones. El paciente tenía 45 años, al presentarse saca un sobre que contiene la larga historia de sus padecimientos, medicamentos, análisis, estudios y nombres de médicos. El primer médico le había diagnosticado prostatitis; omitimos porque sería tedioso la larga enumeración en la que era un experto en medicaciones y enfermedades.

Había tenido relaciones extramatrimoniales, y estaba asustado por su impotencia a posteriori en sus relaciones conyugales; la mujer había necesitado asistencia psiquiátrica. El grupo registra que deposita omnipotente-mente la confianza en un médico “Ud. me va a curar doctor” y la misma omnipotencia la retira luego, y cuestiona abiertamente o encubiertamente los diagnósticos. El médico que lo atiende lo escucha con interés, parecía haber logrado tranquilizarlo y el grupo se plantea la posibilidad de una contención

mayor, aunque la pregunta es: y por cuánto tiempo?

El cardiólogo expresa su intolerancia frente a un paciente de este tipo “yo le escaparía”, “me lo sacaré de encima”. Hay preocupación y pesar por un paciente obviamente difícil, hipocondríaco y con un porvenir sombrío. Al poco tiempo se aparece en el hospital, en el interin había consultado a otros especialistas, cuya opinión busca y descalifica el mismo tiempo. El médico se siente invadido, no le puede poner límites, no le deja atender la sala. El grupo pasa de la compasión y la inquietud al rechazo y al fastidio. Lo curioso es que el cardiólogo en cuestión, así como un tercer integrante del grupo también fue consultado. Todos coincidían en el efecto desequilibrador y los sentimientos de culpa e impotencia que provocaba. Sentimientos que contrastaban con los del caso de las “cañitas”.

Paralelamente con este ambular infructuoso del paciente, los médicos intensifican su demanda y quejas a la coordinación, por falta de información psicopatológica, temían estar “tragándose algo gordo”. Era llamativa la incidencia culpógena del paciente porque en realidad ninguno de ellos dejó de percibir desde el comienzo la severidad de su hipocondría. Todos coincidían en la necesidad de que se tratara psiquiátricamente a lo que había rehusado después de una breve experiencia y alegaba razones económicas.

El caso, estuvo largamente presente en el grupo a través de los tres médicos tratantes. Se culpan y culpan al coordinador por la falta de información y de recursos; la que ya es absurda, temen la posibilidad de no estar haciendo lo que corresponde por el paciente consideran acudir a estrategias como inventarle enfermedades, para aplacarlo- se quejan de no saber cómo y a quién derivar. Todo esto disociado de la realidad, pues desde el comienzo coincidieron en la gravedad del pronóstico y en la tenacidad con que fijaba sus padecimientos en el cuerpo. El grupo repetía la misma desconfianza básica y el nihilismo del paciente, alternante con expectativas mesiánicas en algo o alguien, imposibles de concretar.

La coordinación señala que el grupo intensifica sus demandas, busca índices diagnósticos, y mayores conocimientos, etc., para evitar el stress emocional y la vivencia de una relación médico-paciente de este tipo. El conocimiento es buscado como escudo protector, por la ansiedad, culpa y amargura impotente que el paciente induce. El grupo corre el mismo riesgo del paciente de caer en una demanda voraz y aniquiladora.

El grupo entendió por sus propias vivencias que pasaron de la preocupación al fastidio y la sensación de invasión que se trataba de un paciente, aparentemente entregado, pero con una intensa hostilidad subyacente que tendía masoquísticamente a demostrar a los médicos como fracasaban y a enfrentarlos entre ellos.

El médico inicial entendió también, en un momento, por qué este paciente le “dolía tanto a él”. Como persona era su contrapartida; era visitador médico -se podía pensar en una vocación médica frustra- de aproximada-

³ La confianza sexual del hombre, está afectada en un momento en que se están experimentando perturbadores cambios del yo en todos los demás aspectos. Puede tratar de ocultarle a su compañera una libido lánguida provocando una pelea con ella, para sumergirse luego en una hosquedad de santurrón. O trabaja hasta agotarse, o contrae una enfermedad psicósomática, todo ello para justificar que no puede hacer el amor durante el fin de semana - “Las crisis de la edad adulta”

⁴ “Sabemos que la hormona masculina, la testosterona, está íntimamente relacionada con la conducta agresiva, al igual que con la conducta sexual. Y estamos empezando a descubrir que el nivel de la hormona masculina varía enormemente con el estado emocional del hombre “Influencias of sexual and social stimuli”

mente igual edad y con fracasos en la vida personal. La realización y plenitud de uno, podía asociarse con despojo y privación del otro, como si para el inconsciente fuese el hermanito desvalido y despojado (análisis de la contra-transferencia).

El paciente comete un intento de suicidio; visita nuevamente al médico, y le dice que necesita matarse porque por su enfermedad es un inútil y una carga para la familia, sostenía padecer una artritis de rodilla a etiología gonocócica. El médico que ya había discriminado la situación, decide recetarle el antibiótico, que tanto pedía -aunque no necesitaba- pero ya desde una perspectiva interna distinta: acompañarlo sin dejarse invadir como cuando quedó sometido rabioso y paralizado antes de haber analizado la situación en el grupo.

Este caso mostró en profundidad el temor del médico de no tener suficientes índices diagnósticos en psicopatología; esto no le ocurre en relación a otras especialidades en las que resulta más factible obtener información básica. Lo que se hizo evidente, es que la búsqueda de mayor conocimiento era, en gran parte, protección frente a involucrarse con pacientes que inducen a la desesperanza, por eso intentan desligarse, etiquetando los y derivándolos.

Se abordó el tema de las “derivaciones”. Se entendió que más que cometer errores por no derivarlo o retenerlo, el grupo podía cometer errores por derivar precipitadamente, desligándose del paciente. El paciente que deposita su confianza en el médico, necesita un tiempo de “ablande” para desprenderse de él y asimilar una indicación que viniendo de “su médico” puede tener valor persuasivo. Las derivaciones apresuradas no respetan el timing del paciente que por algo está haciendo una “oferta” en el cuerpo.

Pasaremos al tercer caso; el mismo cardiólogo anterior presenta un caso que le preocupa. Una mujer de 35 años, acude a consulta, es la esposa de uno de sus pacientes, tratada por un colega en quien él confía y que le diagnostica prolapsos mitral. La mujer se asusta terriblemente, le dice que el médico anterior es muy parca y quiere que él la atienda. La opinión del grupo, es que el paciente tiene derecho a elegir su médico, pero el médico se siente molesto por tratarse de un colega que aprecia y con quien comparte el diagnóstico; los escrúpulos del médico aumentan cuando la paciente empieza a develar la problemática que motiva la consulta. Había sido tratada con electroshock, y se queja de ser malentendida, y de un vínculo insuficiente con su marido, carente de diálogo. Piensa que solo busca la cama y no la considera ni complace y que como padre su vínculo con sus hijos es superficial. La mujer culpa al marido de su postración y apatía, el médico se siente confundido porque su visión del hombre había sido diferente.

El grupo señala que el médico siente que tiene que tomar partido por uno o por otro. Está en una disyuntiva, siente pena por la mujer joven y también considera injustos sus reproches al marido. No sabe cómo arreglárselas con las demandas y las decepciones de la mujer.

Se asustó de su propia propuesta de tener una entrevista con ambos juntos y tras la situación porque siente haberse sobrepasado. Era el mismo médico del “caso de las cañitas”, y el grupo estima que quizás se engolosinó con la otra situación en que acompañándolo se produjeron modificaciones en las energías familiares.

Ensayo ante el grupo, qué consejos puede formular y teme cómo va a arreglárselas con una pareja en conflicto: “él quiere que le quieran en la cama y ella de otra forma”.

La coordinación le señala al médico que lo nota muy involucrado en la situación y que necesita tomar distancia. Pone mucho dolor y preocupación por la pareja; hay mucha cosa suya frente a una situación, en la que una pareja por no entenderse pueda llegar a separarse. Se le pide que deje su corazoncito afuera. El médico en ese momento confirma que para él la idea de una separación es muy dolorosa y que cuando median hijos lo considera una catástrofe.

El grupo lo calma en su compulsión a querer intervenir y arreglar las cosas, y le señala la posibilidad de un arreglo entre marido y mujer, diferente, delante de él. Podían estar buscando una entrevista conjunta, considerándolo como el depositario natural de las inquietudes y malentendidos entre ambos.

El médico empezó a sentir alivio, al no tener que esforzarse en actuar como un padre conciliador, y pensó en la posibilidad de dejarlos hablar.

El análisis del grupo le había permitido conocer el código vincular de la pareja, que tenía estas características:

- El hombre ejercía sus funciones de padre y marido, pero la mujer se resistía porque las ejercía no de acuerdo a las expectativas y necesidades de ellas sino de acuerdo a las posibilidades de él.

- La mujer podía tener demandas adultas para la pareja, pero las formula con rasgos infantiles, reprocha al otro, se frustra como una nena y se queda resentida sintiéndose maltratada.

- El hombre se siente acosado y se dispara, intensificando su encierro en relación a la mujer y centra la entrega afectiva en los hijos.

Con esta mayor comprensión y especialmente al percibir su intensa ansiedad frente a una pareja con hijos que puede deshacerse, el médico empezó a sentir menos su compulsión a actuar. Surgió la imagen de que él podía actuar como una central telefónica que rectifica la recepción de los mensajes.

Este caso es interesante, porque permite señalar nuevamente las diferencias entre la psicoterapia de la acción médica y la del especialista, con encuadres y reglas propias. Cuando cedió su urgencia por actuar, él y el grupo entendieron que su misión era utilizar la función que ambos le ofrecían como médico de la familia. Así pudieron encontrarse en una situación en donde la presencia de una figura de autoridad, permitió el diálogo. Es de esperar, que si el campo vincular de la pareja y las fuerzas del mismo le permiten, el médico haya contribuido por su presencia y por su sentido común a crear un

⁵ Se refiere al penoso trabajo de la mitad de la vida y el retorno de la posición depresiva infantil. El duelo por la ilusión es lo que otorga a la crisis de la mitad de la vida su calidad depresiva. - “Death and the mid life crisis”

⁶ “Son cuatro los modos de atravesar la crisis de la mitad de la vida: -Negación mediante el escapismo en una actividad frenética. -Negación mediante un exceso compensatorio, por ejemplo, escapadas sexuales. -Descompensación incluyendo angustia, depresión e ira difusa. -O integración a un nivel más elevado con mejor implicación narcisista”. Artículo leído en reunión anual de American-Orto-Association.

⁷ La interpretación que se da entre nosotros al término griego crisis, es peyorativa e implica fracasos personales, debilidad e incapacidad de resistencia frente a acontecimientos externos cargados de tensión. - Gail Sheehy.

modelo de codificación y decodificación del otro, y de sí mismo, con connotaciones diferentes. En ese sentido habría operado como una central telefónica que rectifica los mensajes cuando son mal emitidos y peor recibidos.

El médico y el grupo volvieron a sentir a través de este caso, la diferencia entre la Psicoterapia reglada y la función psicoterapéutica del médico. Se disiparon ansiedades respecto de usurpar funciones, entendiéndose que no se robaban o sustraían posibilidades de un eventual tratamiento psicológico de la pareja.

Conclusiones

Esperamos haber ilustrado a través de los tres casos presentados, como gracias al análisis situacional -que incluye ineludiblemente el análisis de la contratransferencia-, los integrantes del grupo lograron los insights que condujeron a entender el ejercicio profesional en una dimensión distinta, al comprender la gravitación psicoterapéutica inherente a la figura médica.

De este modo, al disminuir las sobre exigencias por excesivas ansiedades reparatorias dejaron de actuar compulsivamente.

Así, se permitieron acompañar a sus pacientes, haciendo uso de la “identificación empática transitoria” necesaria para la tarea, con una adecuada distancia emocional, sin desligarse y sin someterse.

Queremos enfatizar que el análisis operativo de la contratransferencia, puede y debe realizarse en forma natural, sin violentar la privacidad del médico y de sus sentimientos. La situación única que se da en el grupo Balint, así lo permite. En efecto, es como una especie de coro que despliega a través de sus diversos miembros, las emociones y pensamientos latentes en el médico que presenta el caso. El compartir con otros colegas el voluntario auto cuestionamiento que significa cada sesión de grupo Balint, disminuye el costo emocional de la aceptación e integración de las interpretaciones que abren nuevas perspectivas, pero a veces implican el enfrentamiento con situaciones internas dolorosas.

⁸ Grupos de terapia de la tarea médica”

⁹ Entendemos la contratransferencia según la conceptualiza Lewin: “Es la posición racional o irracional, científica o emocional, consciente o inconsciente, adecuada o anacrónica, que adopta el médico frente a sus pacientes” - “La contratransferencia en la técnica de la práctica médica”

¹⁰ Estas observaciones remiten a conceptualizaciones que tenemos en elaboración, acerca de cómo la dramática que se da en el grupo Balint, reproduce la dramática interna de la situación considerada en el grupo.

¹¹ “Identidad médica y la relación médico-paciente”

Bibliografía

1. “El médico, el paciente y la enfermedad”
Michael Balint. Libros Básicos. Bs. As. 1961
2. “Las crisis de la edad adulta”
Gail Sheehy, 1978.
3. “Influences of sexual and social stimuli”
I.S. Plasma Testosterone levels in the Male Rhesus Robert Rose. Science 1972.
Rose, Holaday y Bernstein.
4. “Death and the mid life crisis”
Eliot Jaques. Int. J. of Psych. Anal. XLVI 4 1965.
5. Artículo leído en reunión anual de American-Orto-Association.
Judd Marmor. Marzo de 1967.
6. Gail Sheehy Obra citada, Capítulo I
7. “Grupos de terapia de la tarea médica”
Luchina y Herea. Acta psiquiátrica y psicológica de América latina Número 9, diciembre de 1973, Volumen XIX.
8. “La contratransferencia en la técnica de la práctica médica”
B. D. Lewin. Psychosomatic Medicine, IV, 1, 1946.
9. “Identidad médica y la relación médico-paciente”
Revista de Psicoanálisis año 1968, 1.

“REFLEXIONES ACERCA DE UN NO CAMBIO PSIQUICO CAMBIO PSIQUICO Y DOLOR MENTAL” .

“El progreso en psicoanálisis es inseparable de la necesidad de tolerar los concomitantes penosos del crecimiento psíquico.”

W. Bion, *Volviendo a pensar* (pág. 187)

Dra. MARIA HAYDEE CASTELLARO de POZZI.

“El progreso en psicoanálisis es inseparable de la necesidad de tolerar los concomitantes penosos del crecimiento psíquico.”

W. Bion, *Volviendo a pensar* (pág. 187)

Me propongo compartir con ustedes algunas reflexiones surgidas del análisis de un paciente de pronunciadas características narcisistas que interrumpió el tratamiento a los diez meses de iniciado.

Me referiré a:

1. Aspectos de su psicopatología, en especial el mantenimiento a ultranza de la imagen idealizada y omnipotente de sí mismo, sostenida tan tenazmente que se convirtió a mi juicio en el principal baluarte resistencial.
2. Aspectos de mi participación que posiblemente intervinieron reforzando las dificultades y coadyuvaron en el desenlace.

I

Pablo me había consultado por primera vez dos años antes de la iniciación de su tratamiento. Casado, padre de dos niñas, compartía con su padre y hermano la responsabilidad de dirigir una empresa familiar.

Estaba preocupado por sus relaciones con una amante, a la cual regalaba dinero. Le parecía haber descubierto que se drogaba inyectándose.

Á su vez quería resolver su adicción al Migral (analgésico anticefaleico) que ingería todas las mañanas, así como al Trapax, tranquilizante que consumía para conciliar el sueño. Se había analizado y había supuestamente

lles del contrato, en forma sorpresiva decidió no empezar.

Transcurridos dos años volvió a llamarme diciendo que estaba muy deprimido y que pensaba que yo lo podía ayudar. Que se había equivocado al no haber comenzado dos años atrás. En el ínterin había tenido dos experiencias terapéuticas que consideraba negativas.

Le propuse trabajar con cuatro horas semanales. El no tenía problemas de índole económica. Al principio se negó, pero aceptó finalmente. De entrada, el análisis se perfiló como difícil. Se disgustó cuando le cobré las dos primeras sesiones de marzo a las que no había concurrido. Era evidente que exigía un trato preferencial: ser considerado mi paciente único con quien debía tener consideraciones especiales.

Padecía cefaleas a diario (“se me carga la cabeza”, decía) que trataba con Migral. Eran muy intensas. También tuvo accesos de neuralgia del trigémino.

Se quejaba de estar tensionado cuando venía y durante la sesión. En esporádicas situaciones el trabajo interpretativo lograba aliviarlo pero en general las interpretaciones eran no escuchadas, o bien aunque aparentemente escuchaba muy cortésmente, no eran tomadas para seguir asociando, o bien luego se peleaba durante el intervalo hasta la sesión siguiente con lo que le había interpretado y volvía sintiéndose víctima maltratada. Cuando esto último sucedía padecía insomnio severo que trataba con Trapax en altas dosis.

Era conciente de sus adicciones y de que usaba el Migral como antidepresivo, pero creía y sostenía poder curarse de ambas a través de su voluntad. El Migral era objeto de sentimientos fuertemente ambivalentes. Odiaba depender de él pero al mismo tiempo era el medicamento ideal único que podría aliviarlo. Luego de ingerirlo se le volvía altamente persecutorio, describía terribles efectos secundarios que parecían exagerados. Si le recetaban otro analgésico prontamente quedaba descalificado.

Era un cultor del cuerpo y su bienestar, y estaba muy orgulloso de su “fuerza de voluntad” para perseverar en los ejercicios físicos que realizaba sistemáticamente y con gran constancia, a veces excediéndose. Así se había producido una hernia de disco y se había roto un músculo de la pierna. Por otra parte parecía sabérselas todas en materia de aerobismo y medicamentos, etc.

La depresión que lo aquejaba desde su adolescencia había sido su primer motivo de consulta.

Me voy a centrar en algunos aspectos del análisis:

Sostenía un vínculo muy especial con un ingeniero que le fabricaba equipos de audio (él era melómano) de un alto grado de perfección en su fun-

cionamiento y de gran potencia de sonido. Ya le había fabricado dos de diferente tamaño y estaba intentando fabricar lo que llamaba un subbuffer para tonos graves que iba a llevar muchos parlantes, más precisamente doce.

El ingeniero le dijo: “Esta vez, te garantizo que el cañón de la 1812 lo vas a escuchar”.

Fui teniendo evidencias de que ésa era la fantasía profunda de Pablo: que a través del análisis se iba a volver Superpotente en todos los aspectos. Yo le interpretaba que quería la orquesta instalada en su casa, fantasía omnipotente de posesión del pecho y el pezón que subyacía a la imagen idealizada de sí mismo, de este modo agrandada al máximo.

Reaccionaba con violencia a toda interpretación transferencial que pusiera de manifiesto sus defensas frente a depender de la relación analítica lo que era experimentado como una tremenda humillación. Lo verbalizaba como “ser puesto en su lugar”.

La misma suerte sufrían las interpretaciones referidas a defensas frente a las separaciones. Eran sistemáticamente rechazadas y motivo de enojo.

Las tomaba como descalificaciones: supuestamente yo le decía que él era un débil que no aguantaba estar separado. Le encantaba andar en bicicleta y señalaba la embriaguez que le producía la sensación de potencia en la piernas. Lo mismo pasaba con la velocidad. En una oportunidad aceleró tanto que chocó sin darse cuenta con un auto que salía de un garage.

Era bastante conciente de su miedo a ser envidiado lo que lo había llevado a ocultar aspectos de su situación financiera, por ejemplo, que tenía dos autos, dólares, etc.

En relación al ingeniero era mezquino para reconocerle en el pago su trabajo. Esto se repetía en relación a los honorarios de análisis. La inflación en dólares que existió a lo largo del año pasado (1990) hizo que emocionalmente se le volviera muy difícil pagármelos. Él cambiaba dólares que tenía guardados. El pago era vivido como ser despojado mientras yo me convertía en la madre analista privilegiada por él que le despertaba fuerte intolerancia envidiosa.

Su envidia estaba fuertemente disociada y proyectada en varias personas. Primeramente en un vecino del edificio, también melómano, que comenzó a evitar todo contacto con él desde el momento en que él le hizo escuchar su equipo de audio (al interrumpir él el análisis repitió esta actitud conmigo). También proyectaba envidia y rivalidad en su padre y hermano de quienes decía que no reconocían las iniciativas que él tenía y había llevado a cabo en la empresa.

El ataque desvalorizado aparecía proyectado en su padre y en mí. En una oportunidad vino muy ofendido porque el padre le dijo a Elena, la mujer de Pablo, “sos una gran repostera, pero tenés mal carácter”. Era lo que él hacía en el vínculo transferencial. Me decía que yo era inteligente y capaz,

pero... y empezaban las críticas. Siempre quedaba descolocada y experimentaba contratransferencialmente que no importaba lo que hiciera o dijera ya que siempre estaría en falta.

Con su mujer, oscilaba entre considerarla exigente y dominante a considerarla “bárbara, alegre y muy buena amante”, hecho este último valorado ambivalentemente. Decía que Elena se acercaba no como una esposa sino como una amante, y que eso no era amor aunque en ocasiones reconocía: “la flaca es bárbara” y que habían tenido muy buenas relaciones sexuales pero, muchas veces, después, mientras la mujer se dormía apaciblemente él se desvelaba peleándose internamente con la mujer. Decía que caía en una trampa, que se vendía por cuatro monedas, etc. Terminaba tomando Trapax. Una tarde en que antes de ir a la oficina se resistió a la invitación sexual de su mujer, consideró este hecho como un gran logro.

Todo este material: fue interpretado en el afuera y en la transferencia. No toleraba la felicidad sexual existente en su matrimonio por la dependencia que le significaba, lo que indefectiblemente se daba en la relación analítica en la que mi disposición y entusiasmo por analizarlo también eran alternativamente reconocidos o atacados. Contratransferencialmente yo experimentaba deseos de analizarlo y poder así ayudarlo, pero también pena por cómo desperdiciaba la oportunidad de analizarse.

A medida que el análisis transcurría y yo intentaba interpretar estos aspectos, se enojaba más y más. Comenzó a irse a Buenos Aires acompañando a la mujer en días viernes en que ella iba a hacerse un tratamiento médico. Hacía acusaciones de todo tipo, quejas por tener que respetar los horarios, decía que el análisis implicaba sometimiento. En verdad le había ido acomodando todos los horarios conforme a sus deseos de modo que encontraba sus quejas muy desubicadas.

Había una búsqueda de motivos para poder criticarme y compararme siempre en desventaja con su ex analista, hasta que ya en octubre interrumpió alegando que no estaba mejor, que estaba muy tensionado y que conmigo eran muchos malentendidos. Cuando yo le mostraba algo que no le gustaba decía que había malentendidos.

El motivo para interrumpir fue una discusión en relación a la fecha de vacaciones. Era evidente que ya tenía tomada la decisión de interrumpir y por supuesto encontró la excusa. Ciertamente, el malentendido existía cuando yo pretendía analizarlo y en realidad él esperaba que yo le confirmara en su autoidealización.

I

Pienso que en Pablo existía una fantasía de daño mental que deseaba reparar en el análisis pero su funcionar narcisista creaba un fuerte obstáculo ya que le llevaba a desvalorizar todo lo que no podía manejar él, es decir, fundamentalmente el análisis.

Los paseos en bicicleta que realizaba por prescripción médica sí eran maravillosos dado que la bicicleta la manejaba él; se apoyó en ellos para interrumpir el análisis al poco tiempo de haber adquirido una.

Pablo intentaba ubicar en mí los sentimientos que él más rechazaba: espera, muy especialmente desvalorización y vivencias de pequeñez y humillación mientras exigía mi complicidad para mantener sus fantasías de todopoderosidad y omnisciencia. En la medida en que no lo conseguía vivenciaba que el análisis le desbarataba todo (su identificación omnipotente con el pecho y el pezón).

Mis interpretaciones se le tornaban ataques despojantes que le quitaban fuerza y vitalidad en especial si aludían a algún aspecto de inermidad. Cambiar y recibir ayuda se experimentaba como fracaso por la organización narcisista configurándose así una resistencia crónica muy decidida.

Buscaba establecer un vínculo narcisista condicionado: él aparentemente colaboraría si se lo reconociera como maravilloso: me decía que tal y tal persona lo distinguían y alababan muy especialmente.

El encuadre de cuatro horas le significaba una injuria. Más profundamente existían ansiedades de volverse adicto al análisis y que esa adicción fuera muy dolorosa.

Es posible concluir que la fuerte organización narcisista impedía en Pablo cualquier vínculo de dependencia que su self libidinal infantil intentara establecer haciéndole preferir su adicción al Migral y al Trapax a su vínculo con el análisis.

III

En cuanto a mi participación. ¿Hubiera debido insistir menos en interpretarle ya que él se quejaba y criticaba tan acerbamente mi labor interpretativa? ¿Tal vez hubiera sido conveniente una disminución de las horas de análisis al configurar así una situación de menor exigencia?

Pienso ahora que hubiera sido operativo considerar este paciente desde la perspectiva de su intolerancia al dolor mental, a hacerse cargo del dolor mental que la búsqueda de la verdad inherente a la tarea analítica le ocasionaba.

Esto implica suscribir la postura según la cual el análisis produce cambio psíquico a través del insight y de la asunción del mismo en función de la responsabilidad por la realidad psíquica.

Creo que se puede pensar la tenacidad con que Pablo mantenía la imagen idealizada de sí mismo como expresión de fuerte intolerancia al dolor mental.

Bion y Meltzer se han ocupado de destacar la importancia de este factor en diversas obras.

Así, Bion: en Elementos del psicoanálisis, nos dice a propósito de la perspectiva reversible como indicio de dolor mental, que la tarea del analista

consiste en restituir lo dinámico a una situación estática para posibilitar de este modo el desarrollo. “Es la calidad dinámica de la interpretación la que provoca reacciones evasivas”.

Á través del sistemático rechazo de las interpretaciones Pablo volvía estática la situación e impedía todo cambio y todo dolor.

Bion insiste en la necesidad de deducir la presencia de un intenso dolor y la amenaza que representa para la integración mental. Prefiero citar textualmente Elementos del psicoanálisis, pág. 87: “El dolor no puede estar ausente de la personalidad. Un análisis debe ser doloroso, no porque el dolor tenga necesariamente algún valor sino porque un análisis en el cual no se observa el dolor ni se lo trata no puede ser considerado como enfrentando una de las principales razones por las que el paciente está en análisis” [las itálicas son mías].

Señala por otra parte la necesidad de que la experiencia analítica aumente la capacidad del paciente para sufrir aún cuando paciente y analista puedan desear disminuir el dolor mismo.

También (Elementos..., pág. 87) “la aceptación por parte del analista de la posibilidad de un deterioro de la capacidad para el dolor puede contribuir a evitar errores que pueden llevar al desastre”.

El desastre en este caso fue la interrupción del tratamiento, acting out mediante el cual Pablo operó la evacuación masiva del dolor mental en mí.

Meltzer por su parte señala: “desde el punto de vista de la realidad psíquica el dolor mental es una cuestión última irreductible a posteriores divisiones e indestructible. Debe ser tenido en cuenta. Su tolerancia es coextensa con tomar la responsabilidad lo que hace de él el factor principal en las relaciones.

La intolerancia al dolor mental que conduce a la modificación y evasión del mismo genera las mentiras que son el veneno de la mente al tratar de demostrar que nada importante pasó que requiera un reordenamiento del self o del mundo. En su forma más peligrosa se construye un mundo propio del cual es centro el sistema alucinatorio. Todos los mecanismos de defensa son mentiras” (Familia y comunidad, pág. 21/16).

Pienso en consecuencia que el llevar a cabo el proceso analítico implica la decisión de terminar con las mentiras, aunque esto comporte enfrentar el dolor mental y hacerse cargo del mismo. Esto, tanto de parte del paciente como del analista, ya que siempre acecha el peligro del pseudoanálisis en el cual paciente y analista se alían inconcientemente para evadir el dolor mental.

Pero entonces, ¿cómo ayudar al paciente a modular el dolor mental, a hacérselo más tolerable a fin de que acepte cambiar el falso paraíso de las mentiras por el valor movilizador de la verdad?

¹ Consideraré ahora la naturaleza del dolor mental de la cual espero poder ocuparme en un próximo trabajo.

Meltzer, una vez más, nos dice que si una persona no tiene el equipamiento interno para modular su dolor mental debe buscar una relación esencialmente de transferencia con alguna persona externa para llevar a cabo esas funciones.

Es muy posible que este paciente que usaba tan intensamente los mecanismos proyectivos haya experimentado las interpretaciones como devoluciones agresivas de sus contenidos proyectados aún cuando yo cuidara el no hacer interpretaciones persecutorias ni centradas únicamente en la transferencia negativa.

También, si consideramos desde las conceptualizaciones bionianas de la idea nueva, las interpretaciones como ideas nuevas es preciso no minimizar su poder disruptor generador de ansiedades persecutoria y confusional que requieren de objetos benévolos para poder ser asimiladas.

Se desprende de esto la relevancia de la actitud continente del analista y de la necesidad de prestar particular atención a los factores que inciden en ella.

Conclusiones

En pacientes de pronunciadas características narcisistas, creo necesario valorar de entrada su tolerancia al dolor mental ya que condiciona la genuina aceptación del análisis. Esto permitiría estar alerta frente a la posibilidad de un acting que ponga fin al tratamiento en forma intempestiva y también regular el timing interpretativo, poniendo en práctica, si fuera necesario un abordaje menos activo en el cual los aspectos narcisistas se soslayan por un tiempo.

Se ayudaría así a modular el dolor mental y a acrecentar y fortalecer en el paciente un mínimo de intención de búsqueda de la verdad acerca de lo que ocurre en su mente, sin la cual no hay a mi juicio análisis posible.

Agradezco al Dr. Rabih por sus valiosas sugerencias y al Dr. Darfo Sor por el asesoramiento bibliográfico respecto del dolor mental en la obra de Blon.

Reflexiones acerca de un no cambio psíquico y dolor mental.

Dra. MARIA HAYDEE CASTELLARO de POZZI

Resumen

Se narra la historia del análisis de un paciente de pronunciadas características narcisistas que interrumpió el tratamiento a los diez meses de haberlo iniciado. Se describen aspectos de su psicopatología en especial la imagen altamente idealizada de sí mismo, que era mantenida con gran tenacidad a través del rechazo sistemático de las interpretaciones.

Se sostiene que este proceder que detenía el proceso analítico era expresión de intensa intolerancia al dolor mental.

Se señala la importancia de este factor, y su gravitación en la marcha y desenlace de este análisis.

Se concluye que en pacientes de estas características es necesario detectar precozmente la intolerancia al dolor mental a fin de poder tomar recaudos centrados fundamentalmente en el abordaje interpretativo que debe ser muy cuidadoso, dejando si es preciso de lado por un tiempo los aspectos narcisistas.

Bibliografía

Bion, W.R. (1967). Volviendo a pensar. Hormé: 1972.

(1962). Aprendiendo de la experiencia. Paidós, 1966.

(1963). Elementos de psicoanálisis. Paidós, 1966.

(1965). Transformaciones. Del aprendizaje al conocimiento. Centro Editor de América Latina, 1972.

(1970). Atención e interpretación. Paidós, 1974.

(1980). Bion en Nueva York y San Pablo. Gedisa, 1982.

Meltzer, D. (1967). El proceso psicoanalítico.

(1978) Desarrollo kleiniano, parte III. El significado clínico de la obra de Bion

(1991) Metapsicología ampliada. Spatia,

(1990) y Harris, M. Familia y comunidad. Spatia.

COMENTARIO A “TRANSFERENCIA Y MODELO ESTÉTICO”.

de Virginia Ungar

Dra. MARIA HAYDEE CASTELLARO de POZZI.

Gracias a Virginia, por haber aceptado la invitación de la APR, para aprender su trabajo, inspirado, y tan profundamente compenetrado del pensamiento de Meltzer, que tuve el gusto de escuchar en Florencia en febrero 2000, en la Conferencia “El método psicoanalítico desde el punto de vista del desarrollo”. Como le expresara en aquel entonces éste es un trabajo necesario, ya que cabe interrogarse: ¿Qué significa pensar psicoanalíticamente incluyendo la conceptualización del “Conflicto Estético” en el trabajo con nuestros pacientes? ¿Cambia? ¿Aporta? ¿Enriquece?

El tema de la transferencia, eje de su presentación es definitorio del psicoanálisis. En efecto, tratamos de describir la mente inconsciente, pero tal como se nos aparece a través de las manifestaciones transferenciales de nuestros pacientes. Y es merced a la transferencia, que el proceso analítico deviene en algo tan vivencial.

Virginia elige un punto de vista particularmente ilustrativo al considerar los obstáculos que se fueron sorteando en el desarrollo de nuestra disciplina hasta llegar a los enfoques clínicos que sustentamos en la actualidad. Una vez más se nos muestra la casi heroicidad del descubrimiento de la resistencia y de la transferencia y del rol que juegan.

Del mismo modo el descubrimiento de la técnica del juego por Klein, no siempre debidamente justipreciado a mi juicio y que posibilitó el abordaje de la mente infantil. Conuerdo plenamente con Virginia, cuando nos dice: “No parece arriesgado suponer que todo el edificio teórico de Klein se construyó partiendo de la experiencia de la transferencia con sus pequeños pacientes.”

Vale aquí recordar cuánto tuvo que luchar Klein para que en el ambiente psicoanalítico de los años 20 se reconociera que los niños desarrollaban transferencia. Virginia nos hace una detallada descripción del concepto de transferencia en Klein, y del modelo de la mente y del desarrollo que lo sustenta. Aquí, me parece importante no dejar de incluir al objeto materno, y a los demás objetos buenos de la realidad externa, que mitigan el caos que

la autora equipara al infierno, y proporcionan las experiencias buenas que devendrán en la identificación con el buen objeto, base de la salud mental. Me refiero al rol del objeto externo en la estructuración del mundo interno, mediando por supuesto el intercambio introyectivo proyectivo. No acordaría con la idea teológica de purgatorio, ya que por la fuerte connotación de expiación implicada en ella no armonizaría a mi juicio con la idea del desarrollo de Klein.

Particularmente feliz encuentro la afirmación de que desde la visión meltzeriana de la transferencia, y por mi parte creería que esto es extensivo también a la visión kleiniana, no se repetiría un pasado, sino un presente que no ha podido llegar a ser pasado. También se nos señala la continua lucha entre la disposición a transferir y la organización narcisista de la personalidad, que tiende a impedirlo.

Bellamente, la autora nos describe el Conflicto Estético, y sostiene que a su entender lo estético deviene categoría fundante de un posible modelo de la mente. En su articulación de verdad y belleza, concluye que la verdad es belleza en tanto se tolere el enigma inaprehensible y exista capacidad para soportarla.

Y de ahí, las implicancias en lo que hace al vínculo analítico, destacando la disposición del analista para comprender sobre la base de la aceptación de las propias limitaciones al conocer.

Es entonces en la conciencia de límites, donde está puesto el acento.

En cuanto al surgimiento del modelo estético, pensaría en que la mayor fineza en detectar problemáticas clínicas, tales como las que se vinculan al pensamiento, haya puesto en evidencia insuficiencias en el abordaje kleiniano. Pienso en la capacidad y el talento, excepcionales en Meltzer, para tomar y trabajar las ideas de otros autores y llevarlas a su máximo desarrollo, imprimiéndoles su impronta tan altamente personal. Muy explícitamente en el cap. 5 de *Clastrum*, dice que sin la Teoría del Pensamiento y de los Grupos de Bion no se podría escalar la gran muralla del cambio psíquico. Recuerdo que en Montevideo en 1992, dijo que la tolerancia al dolor mental sólo puede conservarse en la medida en que se conserve la capacidad de pensar. Este autor insiste en el crecimiento de la capacidad de pensar a través del análisis.

En Klein, la agresión escindida es el obstáculo que hay que remover para que surja vivencialmente el amor. En su Trabajo sobre el Juego, de 1955, nos dice que cuando predomina la angustia, no se puede hacer manifiesto el amor del niño. Creería que hay que discriminar la teoría, más allá de las interpretaciones de la misma, muy frecuentemente antojadizas o que obedecen a lecturas incompletas, de los funcionamientos objetales en el analista. Klein enfatizó siempre el trabajar con ambas transferencias, pero centrándose en el contenido de la angustia, que sí vincula al operar de la agresión. Para esta autora es el exceso de angustia el principal obstáculo al desarrollo. Sabemos cuán difícil es para el analista, por el dolor mental que comporta, soportar

las proyecciones de los objetos persecutorios. Es justamente Meltzer quien afirma que Klein introduce el amor en la teoría psicoanalítica. ¿Cómo, sino la Posición Depresiva? No parecería que en la teoría del Conflicto Estético se cuestione el valor otorgado a la agresión, aún cuando se la considere desde un vértice diferente, ya que interviene tanto en el odio de la respuesta pasional al objeto estético como en la fenomenología vinculada a la ausencia del mismo, y en el operar de las emociones antiestéticas de la mente: antivida, antiemoción, anticonocimiento.

En lo que se refiere al apurarse a otorgar significación, pienso que estaría vinculado fundamentalmente, con la problemática de la incertidumbre, las no toleradas ansiedades del analista frente al no conocer, que llevan a no poder esperar, señaladas por Bion. Lo mismo podría darse con los circuitos paranoides inducidos.

Me parece que algo de esta forma de pensar sustenta Virginia cuando nos recuerda la sabia advertencia de Money Kyrle, respecto de no confundir las identificaciones proyectivas agresivas con las desesperadas.

La incertidumbre introducida por Bion, queda ampliada por Meltzer, con la idea del misterio esencial de toda mente, que como se señala en el trabajo, coloca al analista en una posición de mayor humildad.

Una idea valiosa que el trabajo expresa, es la de señalar los brotes de crecimiento, tan conflictivos y difíciles de ser reconocidos por ambos miembros de la pareja analítica.

En este punto Virginia se centra en importantes aspectos señalados por Meltzer, en su forma de entender el operar del analista, aspectos todos que confluyen en pensarlo desde una postura interna de mayor humildad, y que gravitan fuertemente a mi juicio en como el analista se enfrenta con su tarea: Son sus objetos internos quienes portan la transferencia, son también ellos quienes son fuente de inspiración para la construcción en su mente de la conjetura imaginativa que expresará en sus interpretaciones; no puede haber una relación de conocimiento total, dadas las cualidades no observables del objeto psicoanalítico.

Creo que con delicadeza, Virginia nos está previniendo respecto de los funcionamientos arrogantes y omniscientes, en los cuales podemos incurrir, de nefastas consecuencias.

¿Cómo ve la autora la práctica analítica, desde el modelo estético que postula?

Resalta el encuadre, recordándonos que para Meltzer el epicentro del mismo es el estado mental del analista, la actitud de receptividad y disposición a reflexionar, es decir la respuesta analítica y no la de actuación contra-transferencial.

Receptividad y observación, ocuparán un lugar central, que gravitará en el estilo interpretativo, tentativo, siempre descriptivo.

Deriva la humildad en la tarea, de lo que denomina el pudor, que surge en el

modelo estético, frente a la imposibilidad radical de acceso al misterio esencial del otro, a la que une la imposibilidad de expresión total por medio del lenguaje. Y así, el lenguaje analítico queda más cerca del artístico, que da testimonio de la imposibilidad de expresar todo, que del científico, que lo pretende.

Nos introduce en la idea de la metacomunicación: lo que no puede ser dicho, lo inefable, puede ser mostrado. Lo cual derivaría en lo que afirma cuando destaca que a pesar de la imposibilidad de una comunicación total, hay una eficacia en la interacción, lo que como analistas nos interesa particularmente. (Habida cuenta que dejamos de pensar en términos explicativos, y en consecuencia nos alejamos de la búsqueda de validaciones).

Nos propone a la metacomunicación, como componente básico de la actitud analítica, lo que sería a su juicio parte constitutiva esencial del posible modelo estético.

A través de su ejemplo clínico en el que nos describe con sinceridad, las vicisitudes de su estado mental durante la sesión, vemos que se pudo aceptar no sabiendo, y esperando, guardando silencio hasta lograr una comprensión de la situación que pudiera llegar a transformar en interpretación a formular. Si entiendo lo que plantea, el silencio operó como invitación para la paciente, para que continuara comunicando sus fantasías, en este caso las conjeturas imaginativas acerca de si la analista iría o no y porqué a la fiesta a la que la invitaba. Pareciera que en este análisis se hubiera logrado crear un acuerdo tácito, tal vez por experiencias reiteradas, por el cual, también la paciente puede esperar y confiar en que va a ser comprendida, aunque no de inmediato. Éste sería el clima emocional para dos mentes trabajando juntas en comprender lo que pasa en una de ellas. Formaría parte en mi sentir de la belleza del proceso analítico de la que nos habla Meltzer, y que es posible experimentar en momentos privilegiados de nuestro ser pacientes o analistas. Idea fuerte de este trabajo es lo que su autora denomina tesis estética: “lo que no se puede comunicar, se puede metacomunicar”. Y esta metacomunicación operaría como estímulo de la imaginación, en su posibilidad de elaborar conjeturas. Esencial en el modelo estético sería el interjuego entre lo que se comunica y lo que se metacomunica.

Cita a Borges para señalar a la emoción estética como un punto de verdad, cuyo componente esencial es el hecho de que no va a revelarse; sigue conservando su cualidad de enigma. Se convertiría así en lo que bellamente describe como “la experiencia del encuentro con el límite”.

La idea de la metacomunicación, me lleva a pensar en un aspecto para mí esencial en el trabajo analítico. Me refiero a la reciprocidad estética que Meltzer describe, de la madre hacia su bebé, imprescindible para que éste pueda sobrellevar el conflicto estético y que en el terreno del análisis, creería, el analista vivencia como impacto estético, en su contratransferencia. Cierta vivencia de asombro, disposición a sentir admiración, curiosidad no intrusi-

va, alentadora expectativa confiada en las potencialidades de desarrollo del paciente, (el equivalente a la bebitud descrita en los bebés), así como en el crecimiento de un vínculo de afecto y conocimiento. Creería que todo esto se metacomunica y que ningún análisis verdadero puede transcurrir, y arribar a un logrado final, sin esa vivencia del analista respecto de su paciente. Los pacientes captan, queramos o no, la imagen que tenemos de ellos, que me inclino a pensar incide fuertemente en la marcha del proceso.

En la última viñeta clínica que presenta, Virginia, generosamente nos muestra un material clínico, y, a partir del enriquecimiento en su bagaje conceptual, el cambio operado en ella, en la forma de entenderlo, más afinada en detectar el crecimiento de la paciente, evidenciado en su sueño, que preanunciaba su posibilidad de elaborar la terminación del análisis.

En las conclusiones, Virginia nos enfrenta una vez más con la diferencia y la separación radical entre los seres humanos, que torna imposible el conocimiento total y absoluto, y plantea como tarea del desarrollo, la necesidad de construir la relación con los objetos.

Desde el modelo estético, la experiencia de belleza y verdad se daría al contactar emocionalmente, e intuitivamente con el límite, lo que deviene en incitación para el pensamiento, llevando al analista a construir en su mente la transferencia del paciente, a partir de las evidencias que observa en la sesión. Ésa es la transferencia, que según Meltzer propone, portan los objetos internos del analista.

Quisiera mencionar, que en mi sentir, en las relaciones íntimas, es la aceptación de esa experiencia del misterio esencial del otro y del mundo por extensión, lo que nos permite redescubrirlo, con asombro, y amor, y entusiasmo renovados.

Y por lo contrario, es su no aceptación, por intolerancia al dolor mental que ocasiona, lo que nos lleva a la enfermedad mental en su vasta diversidad.

EL ANALISTA Y EL PACIENTE DIFÍCIL.

XI Simposio de la Asociación de Psicoanálisis
de Rosario, 17 y 18 de octubre de 2008.

DRA. MARÍA HAYDEE CASTELLARO DE POZZI

A medida que ejercemos nuestra profesión, nos vamos dando cuenta vivencialmente de cuánto significa hacerse cargo de llevar adelante un análisis, sobre todo con pacientes difíciles, en cuyo caso bien podemos decir sobre llevar.

Mientras más capacitados nos sentimos, vamos dimensionando cuán difícil es nuestra tarea, y se nos abren más interrogantes.

Me pregunto cuánta es la incidencia del funcionamiento del analista en la evolución de un análisis. Todos conocemos casos de pacientes que no evolucionaron con un analista y sí pudieron hacerlo con otro.

El crecimiento en el psicoanálisis a mi entender derivará del crecimiento en el conocimiento de aquellos factores que nos permiten comprender cada vez mejor a nuestros pacientes y devolver de modo más adecuado posible esa comprensión.

Winnicott sostiene que los analistas podemos ser seres humanos inestables en nuestras vidas, pero que es la actitud profesional, ésta sí mantenida establemente, lo que nos permite ser operativos con nuestros pacientes, y en enfatizar el trabajo que el analista lleva a cabo con su mente. Libermann, por su parte, habla de la necesidad del analista de disociarse instrumentalmente para poder ejercer su función. Bion insiste a lo largo de su obra, en que el analista debe tratar de conservar su capacidad de pensar aún en medio de las situaciones más complejas.

¿Cuáles son entonces los factores que inciden en la capacidad de un analista de sostenerse en su difícil tarea? Esto implica introducir la cuestión de la participación emocional del analista en el proceso analítico.

Quiero plantear, para la discusión: ¿necesita un analista entusiasmo para trabajar? ¿Necesita un analista confianza en que ese análisis en particular llegará a buen puerto? ¿Es posible identificarse transitoriamente como para poder lograr comprensión, si no operan estos ingredientes? ¿O contar con la disposición que requiere el dar la interpretación adecuada en el momento adecuado?

Desde la vertiente del paciente, y pensándolo desde sus aspectos más sanos, ¿quién querría ser el paciente de un analista sin entusiasmo, confianza y esperanza en la tarea de analizarlo? También me pregunto cómo gravitan estas emociones del analista en facilitar el despliegue de la transferencia positiva sublimada, fuerte motor de tratamiento. Esto plantea el hecho de si nuestros pacientes captan estos sentimientos en el analista quien los transmite sobre todo con su tono de voz, y en general con toda su actitud.

También el paciente necesita sobrellevar dolores para proseguir su análisis. Es posible preguntarse ¿cuánto pesan las emociones del analista, en sostener al paciente, en los momentos difíciles? Incluyo aquí no sólo las emociones contratransferenciales producidas por el actuar del paciente, sino también la disposición emocional propia del analista, que justamente incidiría en el escrutinio y elaboración de esas emociones contratransferenciales.

Deseo centrarme en el entusiasmo.

Según el diccionario, “entusiasmo: Estado afectivo de excitación estimulante, provocado por la fe en algo o la adhesión a alguien que se manifiesta en la viveza o animación con que se habla de la cosa que lo provoca, o en el afán con que se entrega uno a ella” (M. Moliner).

Plantearé, esperando que sea motivo de discusión, el entusiasmo vinculándolo con la noción de Conflicto Estético, aportada por Meltzer, que describiré brevemente:

De acuerdo con Bion, Meltzer sostiene que al nacer, el bebé ha desarrollado capacidad de simbolización y en consecuencia está equipado para la captación de la belleza, que es una captación inmediata. Se refiere a la belleza de la madre, su rostro sus ojos, sus pechos, sus pezones alimentándolo. El bebé está expuesto a un bombardeo de color, de formas y de sonidos, y vivencia el impacto de la belleza, del exterior bello de la madre, en conjunción con el misterio de su interior, incognoscible. Responde a este impacto con otra conjunción, de amor, odio y deseos de conocer, los tres vínculos, L, H, y K, unidos, que Meltzer llama respuesta pasional.

El interior solamente puede ser conjeturado, nunca conocido, idea fuerte que tiene que ver con el vínculo de conocimiento K, y que implica la lenta construcción de la noción de misterio.

Este conflicto y la respuesta pasional que provoca es una experiencia intensa para el bebé de la cual se defiende escindiendo los vínculos en distintos objetos. En realidad, esta situación inicial se repite en la vida frente a todo ser humano, porque todo ser humano es único y constituye un misterio que nunca podremos develar. El bebé puede sobrellevar esta atormentadora situación emocional, solamente si cuenta con un objeto materno que reaccione hacia él con lo que Meltzer llama reciprocidad estética, apreciando su belleza y su misterio, experimentándolo como un objeto estético, y con una respuesta pasional L, H y K, unidos, que Meltzer llama amor a primera vista entre la madre y el bebé. El bebé puede continuar creciendo sólo la madre puede

sostener su propia respuesta pasional, (L, H y K) unidos, es decir, apoyándose en la reciprocidad estética de ella.

Quisiera proponer a los efectos de la discusión, pensar el operar del analista desde estas ideas. Este operar requiere de la actitud analítica, que incluye: la atención interesada, la capacidad de observación, la disposición a recibir y alojar la transferencia, la capacidad de tolerar el misterio, y yo agregaría la disposición a percibir, alojar y elaborar la contratransferencia y poderla usar instrumentalmente para comprender las emociones de su analizando. ¿Puede el analista poner en juego la actitud analítica requerida, que se metacomunica, puede ser mostrada, mas allá de lo que se dice del paciente, si no subyace reciprocidad estética de su parte L, H y K en feliz conjunto hacia su analizado? Va de suyo, que el poder vivenciar reciprocidad estética implica que el analista funcione sin una estructuración defensiva frente a las emociones. Su propio análisis será crucial a este respecto. Doy por existente, desde ya, su firme adhesión al método analítico.

Planteo que el vivenciar el misterio del interior del paciente, siempre renovado, al que nos podemos acercar con conjeturas imaginativas que luego devendrán en interpretaciones, pero nunca tendrán el carácter de verdad absoluta, se constituye en un fuerte estímulo para mantener nuestro entusiasmo. Esto implica poder tolerar nuestro no saber, y poder esperar.

El misterio convoca a la función alfa, que lleva al pensamiento imaginativo, y así podemos avizorar lo que podemos llamar la belleza oculta del paciente, (sobre la base de los indicios de las cualidades de su mente), sus potencialidades de desarrollo y crecimiento, siempre por supuesto, apoyados en los hechos que observamos, en todo su proceder en la sesión, juntamente con los del escrutinio de nuestra contratransferencia.

Importa también la posibilidad de ver al niño en el paciente, los niveles infantiles del self, que interpretamos con la expectativa de que pueden ser integrados.

Por otra parte, esta imagen que vamos construyendo del paciente, también se constituye en motor de entusiasmo en nuestra tarea.

Se plantea: ¿es posible trabajar con un paciente si no se confía en que tenga posibilidades de cambio psíquico? Recuerdo una de mis primeras supervisiones, que compartía con una colega, que supervisaba a un paciente con problemas de homosexualidad, y el supervisor le dijo: “Si Ud. Piensa que esta persona no tiene posibilidades de cambiar, mejor no la trate”.

Creo que el entusiasmo ayuda a sostener la actitud analítica, que a su vez, depende de la capacidad de tolerar las proyecciones del dolor mental que realizan en nosotros nuestros pacientes, tolerancia que se logra a través del

pensar imaginativo. Meltzer, sostiene que la tolerancia al dolor mental se conserva sólo en la medida que se conserva la posibilidad de pensar.

De aquí la gravitación del pensamiento imaginativo que integra la respuesta pasional del analista, porque aumentará su tolerancia al dolor. El misterio convoca al pensamiento imaginativo, y el pensamiento imaginativo, que lleva a comprender, hace más tolerable al misterio, el dolor de no comprender. Vuelvo a la cuestión de qué es lo que nos mantiene en la tarea analítica con un determinado paciente, sobre todo cuando las cosas se vuelven difíciles.

Me inclino a pensar que la imagen que vamos construyendo de nuestros pacientes, y que de algún modo transmitimos, incide fuertemente en la marcha del proceso analítico, operando en el analista, y también en el paciente al gravitar en el entusiasmo de ambos, y en consecuencia en la posibilidad del analista de instrumentar paciencia y tolerancia, sosteniendo firmemente el método y conteniendo su contratransferencia.

También creería que tratar de intuir la chispa de belleza interior en nuestros pacientes, la conjetura imaginativa de sus potencialidades, sobre la base de los indicios recogidos por la observación, cambia nuestro modo de trabajar, y nos vuelve más perceptivos de los crecimientos genuinos facilitando así su integración.

Por último pero no menos importante quiero abordar un tema que plantea interrogantes éticos.

¿Pensamos verdaderamente que el psicoanálisis tiene poder terapéutico?

¿Somos realmente útiles a nuestros pacientes? Escuché hace unos días una entrevista a Marguerite Yourcenar en la que se refería a la importancia del querer ser útil. Muy modestamente decía que a pesar de los libros escritos, pensaba que hubiera podido haber sido aún más útil en su vida. ¿Pensamos que el ejercicio del psicoanálisis denominado profesión imposible por Freud, produce una ampliación del yo que se vuelve más flexible? ¿El yo idealmente plástico magníficamente descrito entre nosotros por Liberman? Este yo sería capaz de hacer un uso instrumental de todos los mecanismos de defensa

¿Produce el análisis lo que llamamos crecimiento mental que significa incrementar la capacidad de pensar y comprender nuestra realidad psíquica? De ser así necesitamos plantearnos qué condiciones requiere entonces el ejercicio del método analítico. ¿No nos engañamos fundamentalmente a nosotros mismos y desde ya a nuestro paciente cuando aceptamos un encuadre de 1 hora de trabajo analítico por semana? Esto puede ser exigido por el paciente a veces por motivos económicos, no siempre reales. Esto sucede frecuentemente con pacientes difíciles y aquí cabría preguntarse si existe el paciente fácil. Los presupuestos teóricos con que opera el analista son determinantes en esta cuestión. Desde un encuadre que se base en el análisis de las fantasías

transferenciales, la resistencia y los sueños tal como Freud postulara, no puede el analista, darse la posibilidad de desplegar sus cualidades continentales e interpretativas que tanto necesitan el paciente recibir y el analista poner en práctica. Se analiza en un estado de frustración crónica que promueve el uso de defensas difíciles de erradicar porque no hay el suficiente tiempo para observarlas y elaborarlas. Y se facilitan los acting out con el agravante de que el paciente se queda con una idea engañosa de lo que es el análisis pues como no hay resultados interrumpe decepcionado. En realidad existe la posibilidad de que el analista entre en un pacto resistencial inconsciente, lo que lleva al pseudoanálisis en el mejor de los casos. Una paciente joven, que consultó hace poco tiempo había estado nueve años, según ella “analizándose” y cuando quiso interrumpir, la así autonominada analista le dijo: “Vas a fracasar en todo lo que emprendas” De este modo la responsabilidad del fracaso era de la paciente y no de ella.

Se vuelve, diría que imposible, conservar la realidad oniroide, y por lo tanto analizar los sueños que nos revelan la evolución de la realidad psíquica. Coincido con Meltzer cuando dice que con menos de dos horas, lo que ya es bastante perturbador, no hay proceso analítico.

Comprendo que a veces por diversos motivos aceptemos pacientes en estas condiciones, pero creo que es importante no engañarse al respecto pretendiendo que estamos llevando a cabo un proceso analítico,

El analista es a mi juicio el responsable único de la marcha de un análisis. El paciente puede colaborar o no, pero el responsable es él. Creo que a veces lo olvidamos y permitimos que sea el paciente quien nos marque en qué condiciones debemos trabajar para obtener logro clínico. Me parece importante el tener en cuenta que ganamos nuestro dinero, poco o mucho, a expensas del dolor de nuestro prójimo, nuestros pacientes. Hemos perdido el lugar que legítimamente nos corresponde. ¿Tal vez para no vivenciar toda la responsabilidad a la que nos obliga el ser psicoanalistas?

¿Aceptaría un cirujano que el futuro operado le indique cómo debe usar el bisturí o con qué hilo debe suturar la herida quirúrgica?

Si no trabajamos en buenas condiciones dañamos nuestro instrumento analítico tan difícilmente adquirido, es decir nuestra mente psicoanalizada. En toda profesión hay riesgos. En la nuestra, como dijera años atrás en Rosario, el Dr. Goldenberg, el riesgo es el suicidio del paciente. No debiéramos olvidarlo.

HOMENAJE A ELIZABETH SORRIBAS.

Al evocar a Elizabeth cuya muerte nos provoca tanta tristeza, deseo también evocar la entrañable amistad que nos unió, durante más de cuarenta años.

Quienes la conocían sabían de sus cualidades. Qué decir de su generosidad, su amor al trabajo, al estudio y a la investigación, de su sinceridad. El tratar con ella era siempre una experiencia significativa. También era la amiga que podía escuchar y pronunciar desde su profunda humanidad las palabras que a veces necesitamos, más allá de nuestras experiencias de análisis.

Amaba el Rorschach, lo que la llevó a fundar una institución en todas las provincias del país, AdelP para estimular su aprendizaje y la investigación como lo comprueban sus libros. En especial el último: “Camino al interior” donde se pueden apreciar sus múltiples intereses, fundamentalmente las personalidades místicas y diversas patologías. Gran admiradora de los místicos cristianos en especial Teresa de Jesús y Juan de la Cruz.

Fue una excelente psicoanalista, aunque tardíamente, por cuestiones institucionales, reconocida como tal.

En unas jornadas de AdelP presenté el trabajo que voy a leer a continuación. Hace poco tiempo Elizabeth me comentó que lo había releído y cuánto le había gustado. Esa es la razón por la cual lo elegí para esta ocasión. Está se vincula a los requisitos que Bion agregó a lo ya descrito por Freud y Melanie Klein respecto de la técnica analítica.

El más importante descubrimiento de Freud a juicio de psicoanalistas de fuste fue el descubrimiento del método psicoanalítico que permitió otros descubrimientos, fundamentalmente el del inconsciente. En este método el paciente dice todo lo que se le ocurre espontáneamente en el momento de la sesión y el analista escucha, con lo que Freud llamó atención flotante e interviene cuando le parece oportuno. Esta regla ha sido seguida por todos los psicoanalistas durante el siglo que llevamos de psicoanálisis y fue creada fundamentalmente para tratar pacientes neuróticos. Melanie Klein puso énfasis además en el análisis de la fantasía inconsciente. Ambos autores trabajaron fundamentalmente a través del análisis de la transferencia.

Bion se preocupó durante toda su vida por entender el funcionamiento del analista en la sesión de análisis. Y he aquí que nos agrega nuevos requisitos, “Sin memoria, sin deseo, sin comprensión y con evidencia mínima”. Cuando enfrentamos estos requisitos nos sorprendemos ya que lo que postula es un intento disciplinado de no recurrir deliberadamente a los recuerdos ni entretenerse con deseos cuidando de no creer que se comprende

es prematuro hacerlo, y teniendo en cuenta, como su nombre lo indica, una evidencia mínima antes de poder interpretar.

No es fácil el llevar a cabo esta disciplina aunque con el paso del tiempo el analista lo va logrando ya sea por la práctica o por los cambios en su propia personalidad. Porque lo fundamental para Bion es que el análisis conecte tanto al paciente como al analista con lo que se está viviendo en el momento en que la sesión transcurre y todo lo demás: recuerdos, deseos, comprensiones prematuras interfieren el logro de vivenciar y percibir la experiencia emocional que se está dando.

La experiencia emocional es lo fundamental, el contacto con ella y el poder pensarla con la participación del analista es lo que importa. Sin ello no puede haber crecimiento mental entendiendo por crecimiento mental la capacidad de pensar las experiencias emocionales. Nuestros recuerdos, nuestro deseo de ayudar a nuestros prójimos, nuestra capacidad de comprensión, todo eso representa una atadura al campo sensual. Como decía Freud es preciso cegarse artificialmente y así seremos capaces de atravesar la luz con un rayo de oscuridad.

Para Meltzer, “en realidad Bion no está diciendo algo muy diferente a lo que dijo Freud, no implica nada muy diferente de lo que hago. Ya no tomo notas porque mi recolección inconsciente y el ordenamiento del material del paciente es mucho más profundo que mis esfuerzos conscientes. Hace mucho que abandoné efectivamente todo deseo de curar a mis pacientes, porque me di cuenta que el método psicoanalítico solamente reorganizaba las defensas del paciente y fortalecía el dominio de la realidad. La experiencia emocional que constituye la esencia del método depende más de la realidad de la persona del analista que de su comprensión intelectual. Solamente sobreviven aquellos pacientes capaces de desarrollar una Fe en la verdad y bondad del método analítico y su analista y, aquellos que no pueden, lo dejan”.

En el modelo de Freud el crecimiento estaba determinado y dado como supuesto; en el de Klein, la configuración del crecimiento, si bien no su logro, era también dado por supuesto. En el modelo de Bion, las formas y posibilidades de crecimiento estarían determinadas solamente en virtud de un grupo de preconcepciones inherentes, que requieren de experiencias emocionales suficientemente congruentes, para servir como realizaciones para que, gradualmente, se pueda organizar un sistema de concepciones que den lugar a conceptos y a un sistema deductivo para experimentar al mundo. Esto se logra a través de la función alfa sobre la experiencia emocional y dando lugar a la creación de pensamientos oníricos que pueden ser utilizados para pensar en forma tal que, mediante la operación de continente y contenido y el movimiento hacia adelante y hacia atrás entre los valores persecutorios y depresivos (Ps — D), dichos pensamientos oníricos puedan crecer en complejidad, sofisticación y abstracción, dentro de un sistema deductivo científico dominado por el amor a la verdad y la intuición estética.

Cuando comenzamos a formarnos en el ejercicio del Psicoanálisis al menos aquí en Rosario, en los años 60, se suscitó una controversia entre quienes practicaban análisis y denostaban el uso del test de Rorschach y aquellos que lo practicaban y defendían, aunque sin dudar del extraordinario valor del Rorschach para diagnosticar. Quienes decían que no debía usarse este test sostenían que distorsionaba luego el aproximarse al paciente porque ya el analista lo hacía con prejuicios o ideas preconcebidas sobre el mismo. Los que lo practicaban por supuesto defendían su uso.

Creo que las ideas de Bion nos dan una posible solución, es decir, la regla fundamental descrita por él: sin pasado, sin deseos, sin comprensión, o sea, sin tratar de recordar activamente por ejemplo lo que pasó anteriormente, o en la sesión anterior y sin desear que el paciente proceda de tal o cual manera, sin pretender prematuramente que se comprende el material. Con el informe de Rorschach se debe proceder de la misma manera. Es preciso no recurrir para nada a querer recordarlo mientras estamos trabajando en la sesión con el paciente. Luego, ya terminada la sesión, cuando se toman notas, se piensa en lo sucedido durante la misma y se coteja con el informe escrito. Ese es el momento, y es así como puede darnos toda su riqueza y sernos útil.

El tratar deliberadamente de recordar en la sesión se debe a la ansiedad que en el analista provoca el trabajar con las emociones de otro ser humano y su dolor mental, dado que el análisis es una tarea difícil y el analista necesita una buena formación para ejercerlo y en especial para la aplicación de esta regla, haberse acercado, al menos a vivenciar la posición depresiva en su propio análisis.

Como dijimos anteriormente, lo central es la experiencia emocional que se vive en el momento por ambos participantes y que si puede ser pensada primeramente en los pensamientos oníricos mediante la intervención de los elementos alfa lleva al crecimiento de la capacidad de pensar y aprender de la experiencia.

Lo que es de la máxima importancia para Bion es que el analista logre el estado mental requerido para que pueda funcionar un procedimiento conducente al crecimiento mental del analizando así como también del analista.

EN TORNO A LA RECIPROCIDAD ESTÉTICA.

“Pues se trata de la condición humana. ¿Qué hombre conoce el corazón de su amada, o de su hijo, o de su analizando, tan bien como conoce el corazón de su enemigo?”.

Donald Melizer

“La Aprehensión de la belleza” (2b)

DRA. MARÍA HAYDEE CASTELLARO DE POZZI

Es mi deseo ocuparme del concepto de reciprocidad estética comprendido en la noción de Conflicto Estético aportada por Meltzer, poder reflexionar acerca de la manera en que incide en nuestro trabajo con los pacientes. Tal como lo pienso, la reciprocidad estética, subyace a la posibilidad de poner en juego la actitud analítica descrita recientemente por Ungar (4b).

El Conflicto Estético

Pasaré a describir el Conflicto Estético, ya que fundamenta esta presentación.

Acuerdo con quienes sostienen (Navarro de López) (3), que esta noción inaugura un nuevo modelo para pensar en psicoanálisis.

Meltzer toma fuertemente las ideas de Bion en cuanto a que el bebé cuando nace, ha desarrollado capacidad de simbolización y en consecuencia estaría equipado para la captación de la belleza, que es una captación inmediata, y que la belleza con la que se encuentra, es la belleza de la madre, su rostro, sus ojos, sus pechos, sus pezones alimentándolo. En su poético libro “La aprehensión de la belleza”, dice que el bebé está expuesto a un bombardeo de color, de formas y de sonidos, y que vivencia el impacto de la belleza, del exterior bello de la madre, en conjunción con el misterio de su interior, incognoscible.

Esta conjunción, provoca una situación emocional fuertemente conflictiva, frente a la cual el bebé reacciona con lo que Meltzer denomina respuesta pasional, que es otra conjunción, esta vez, de amor, odio, y deseo de conocer, los tres vínculos postulados por Bion, quien describe las emociones como vínculos.

El interior, solamente puede ser conjeturado, nunca conocido; ésta es la idea fuerte, que tiene que ver con el vínculo de conocimiento, K. No se puede llegar al noumeno. Es sólo con el fenómeno con lo que contamos.

Este conflicto y la respuesta pasional que provoca es una experiencia intensamente arrolladora para el bebé, que se defiende escindiendo los vínculos, y entonces ama a un objeto, odia a otro y desea conocer a un tercero.

La escisión pasaría así a ser un fenómeno secundario; lo primario es esta situación, que ubica la posición depresiva de inicio.

En realidad, esta situación inicial se repite en la vida frente a todo ser humano, porque todo ser humano es un misterio, que nunca podemos llegar a conocer. Cito a Meltzer (3b) “Pues se trata de la condición humana. ¿Qué hombre conoce el corazón de su amada, o de su hijo, o de su analizando, tan bien como conoce el corazón de su enemigo?”

Como es posible inferir, el conflicto estético es el conflicto con el objeto presente, que precede en significación, y se agrega, en una relación de fuga (ver nota) al conflicto con el objeto ausente y la frustración, sobre el cual se ha edificado toda la psicopatología.

Ahora bien, el bebé puede sobrellevar esta atormentadora situación emocional, si, y sólo, si cuenta con un objeto materno que reaccione hacia él con reciprocidad estética, apreciando su belleza y su misterio, es decir experimentándolo como un objeto estético, y con una respuesta pasional que Meltzer llama amor a primera vista entre la madre y el bebé.

Los bebés tienen un encanto particular que él llama la bebitud, que es su capacidad de evocar sus posibilidades potenciales, en quien los contempla, o sea que nos lleva a imaginar su desarrollo en el futuro, qué o quien pueden llegar a ser.

Sólo si la madre puede sostener su propia respuesta pasional, puede tener lugar el desarrollo, y el bebé continuar creciendo apoyado en la reciprocidad estética de la madre. El bebé iría luego integrando su respuesta pasional, en una retroalimentación positiva con su mamá, y con las otras personas de su entorno.

Lo bello, no es para Meltzer sinónimo de lo lindo, sino de aquello que despierta una respuesta pasional.

También nos dice que la aprehensión de la belleza contiene en su naturaleza misma la aprehensión de su destrucción.

Toda la psicopatología sería básicamente una huida de este conflicto esencial, que no invalida otras complejidades anteriormente descriptas: conflicto edípico, etc.

En el análisis, como pacientes, en la medida en que se logre elaborar progresivamente, ende tolerar este conflicto, se verá acrecentada la capacidad de respuesta pasional hacia los objetos estéticos, en la que los tres vínculos estarán más integrados.

Esto deviene un logro que al implicar una mayor disposición a responder pasionalmente, permite el acercamiento emocional a los objetos.

Todo esto es atacado permanentemente por las fuerzas antiestéticas de la mente y de la cultura, las antiemociones o los antivínculos, los aspectos destructivos.

¿Cómo juegan estas ideas en nuestro oficio de psicoanalistas?

El analista y la reciprocidad estética

El tema de la reciprocidad estética, introduce la cuestión de la participación emocional del analista en el proceso analítico.

Tendería a pensar que si no existe reciprocidad estética por parte del analista, no es posible llevar a cabo el proceso analítico.

Al decir reciprocidad estética, me refiero a la respuesta pasional hacia la belleza del método, pero también a la disposición a la respuesta pasional hacia el paciente como objeto estético, (o sea capaz de despertar una respuesta pasional), que incluye, como analistas, vivenciar nuestras ambivalencias y también el misterio esencial de su mente. Esto implica poder tolerarnos a nosotros mismos no sabiendo. Es preciso poder esperar a que la observación de los indicios que recibimos del analizando, de todo su proceder en la sesión, juntamente con la de los del escrutinio de nuestra contratransferencia, nos lleven a construir la conjetura imaginativa que devendrá en interpretación.

Quiero tomar la idea introducida por Virginia Ungar de la metacomunicación (4a). Nos dice que lo que no se puede comunicar, lo inefable, se puede metacomunicar, puede ser mostrado, y es esencial al modelo estético de la mente el interjuego entre comunicación y metacomunicación. Y que es la actitud analítica lo que se metacomunica (4b), entendiendo esta autora por actitud analítica, fundamentalmente, la atención interesada, la capacidad de observación y la disposición a recibir y alojar la transferencia.

Pienso que la capacidad de reciprocidad estética del analista incidirá en la puesta en juego de su actitud analítica. Ya que a mi entender, la posibilidad de sostener la actitud analítica depende de la capacidad del analista de tolerar las proyecciones del dolor mental que llevan a cabo los pacientes (1b).

La tolerancia al dolor mental es coextensa con tomar la responsabilidad, lo que hace de él el factor principal en las relaciones (2c). Y es la posibilidad de pensar, la que permite esta tolerancia. Meltzer, (2e) sostiene que la tolerancia al dolor mental luego de terminado el proceso analítico, se conserva sólo en la medida en que es posible pensar.

De aquí la gravitación del pensamiento imaginativo que integra la respuesta pasional del analista, ya que de su puesta en juego dependerá su tolerancia al dolor. El misterio convoca a ser explorado a través del pensamiento imaginativo, y el pensamiento imaginativo, que lleva a comprender, torna más tolerable al misterio, el dolor de no conocer.

¹ Nota: Alude a la composición musical, en donde uno o varios temas son introducidos por diferentes partes o voces por turnos y luego repetidos en una forma más compleja. (N de T) “La aprehensión de la Belleza”

Desde esta perspectiva, importa la posibilidad de vislumbrar el niño en el paciente, los niveles infantiles del self, que interpretamos, con la expectativa de que puedan ser integrados y no actuados, sin que ello implique dejar de lado niveles más adultos.

El impacto estético que el analista vivencia en su contratransferencia, y su respuesta al mismo, pienso que es objeto de metacomunicación; metacomunicamos el conjeturar belleza oculta en el analizando, (sobre la base de la observación de los indicios de las cualidades de su mente), el alentar expectativas respecto de sus posibilidades de desarrollo, el confiar en sus capacidades potenciales (me refiero al crecimiento de la mente en términos del crecimiento de la capacidad de pensar acerca de sus experiencias emocionales), el que nos resulte interesante, es decir, si nos incita al pensar imaginativo. (Meltzer define lo interesante como lo que se constituye en incitación para el pensamiento).

Me inclino a pensar que los pacientes captan, nos guste o no, la imagen que tenemos de ellos, y que este hecho incide fuertemente en la marcha del proceso.

Meltzer nos cuenta la conmovedora historia de Claudia, niña lesionada, en quien la madre no logró descubrir su chispa de belleza interior, que sí pudo descubrir su terapeuta en un dibujo de un payasito feo que representaba a la niña, y que se negó a tirar, a pesar de sus súplicas para que lo hiciera, ya que a su juicio simbolizaba el ansia de conocer y comprender de la niña, con todo el potencial de crecimiento que esto implicaba.

Cito a Meltzer: “Yo sostengo que en ese momento, a la niña se le ha transmitido una idea nueva: que la belleza de un individuo, niño o adulto o incluso un bebé, no reside simplemente en lo externo de su ser corporal. Hay algo más que está dentro y que no puede verse directamente, sino ser construido a partir de evidencias de las cualidades de su mente”. (2b) Es decir, el interior, bello o no, es construido imaginativamente.

La mamá cuidaba a esta niña con dedicación inteligente, pero sin entusiasmo, y era vista por la niña, como una mamá con un agujero donde había estado un bebé bello.

Cabe preguntarse si sería posible a un analista llevar a cabo un proceso analítico si carece de entusiasmo en la tarea. Desde esta perspectiva me parece que el captar la chispa de belleza interior en el paciente, el poder conjeturar imaginativamente sus potencialidades, es decir la respuesta estética del analista, juntamente con la confianza apasionada en el método, incide fuertemente en lograr el entusiasmo que pienso, necesitamos mantener, o poder recuperar si lo perdemos, para realizar nuestro trabajo. La cuestión de qué es lo que nos mantiene en la tarea analítica con «un determinado paciente,

sobre todo cuando las cosas son difíciles, merece siempre, a mi juicio, una detenida reflexión.

El incluir la perspectiva recién considerada cambia radicalmente nuestro modo de trabajar, coadyuvando en detectar los crecimientos genuinos y en señalarlos. Me parece importante diferenciar esto de lo que podría derivar en mutua idealización narcisista.

Si el analista puede integrar en su contratransferencia su respuesta pasional, tolerar su turbulencia, la salida sobrevendrá a través de K, el deseo de conocer, lo que pondrá en juego el pensar sobre la experiencia emocional.

El hecho de que no se pueda llegar al noumeno, el corazón del misterio, es lo que lleva, a una postura interna de mayor humildad, (4a), y al desarrollo del pensamiento imaginativo, sin el cual no se logran el conocimiento y la comprensión, en las relaciones íntimas. (2b)

El análisis pensado de esta manera, llevará al paciente por identificación introyectiva de la actitud del analista metacomunicada, a poder pensarse más esperanzadamente, así como a afinarse, en la medida en que despierte su emocionalidad, para la captación de la belleza del mundo y de las relaciones íntimas.

En lo que llevo diciendo deseo señalar, que estoy dando por sentado el operar del encuadre, la asociación libre, la atención flotante y la regla de abstinencia, centrándonos en el eje transferencia-contratransferencia, es decir, la observancia del método.

La mirada imaginativa, desde la reciprocidad estética a la que nos invita Meltzer, a través de la cual podemos vislumbrar al niño, a veces extraviado, pero con sus capacidades en potencia, y su chispa de belleza interior, no sólo incide en nuestro entusiasmo, sino que convoca a dos herramientas relevantes: la tolerancia y la paciencia.

Creería que es a esto a lo que se refiere, el trabajar analíticamente en identificación introyectiva con la pareja parental combinada, centrada en la preservación de los niños, que forma parte de la genitalidad adulta.

En los momentos difíciles, es la actitud del analista de sostener firmemente el método, conteniendo su contratransferencia lo que permite seguir adelante.

Presentaré una viñeta clínica, evocativa para mí de lo que intento transmitir.

Josefina: Es una paciente de más de cincuenta años. Ocupa un cargo de cierta importancia, con muchas personas subordinadas a su autoridad. Estaba por emprender un viaje al exterior, vinculado a su trabajo, que también implicaría estrechar vínculos familiares. Tenía expectativas ilusionadas con el viaje, contenta por realizarlo, ya que desde hace algunos años vive sola, lo que le resulta emocionalmente difícil. En la temporada previa, el clima de las sesiones se había vuelto hostil, contrariamente a lo habitual, y en una oportunidad, en ocasión de una pregunta mía, francamente me maltrató.

Cabía la posibilidad de que tuviera que perder una parte de sus ingresos, y empezó, en función de esto a declarar reiteradamente, y como con satisfacción, que entonces “chau análisis”. Y que ya veía que se iba a tener que ir del análisis peleada conmigo, como le había pasado con la analista anterior.

En ocasiones se quejaba de que el análisis no es una verdadera relación, porque yo no compartía mis intimidades con ella.

El trabajo se volvió pesado. En ese momento le interpreté que parecía querer trasladar a mí la situación de pérdida. Y le aclaré que aunque yo pudiera no estar de acuerdo, no por eso me opondría a que ella interrumpiera su análisis si así lo deseaba.

Pero un día trajo un material vinculado a que una subordinada, a quien ella había llamado la atención por descuidar sus obligaciones, le había dicho amargamente que añoraba a la persona en ella, a lo que ella respondió que ella era la jefa y no una persona.

También que había calculado el dinero que me tendría que pagar por las sesiones a las que no asistiría por el viaje, y que lo había dividido por todas las sesiones del año y que así había obtenido una cifra que aumentaba poco el honorario que me pagaba por cada sesión y que había llegado a la conclusión de que yo merecía que me lo pagara.

Repensando todo este material y tratando de rescatar imaginativamente a la niña en ella, creo que pude darme cuenta de lo intenso de su vivencia de ser desalojada de la relación conmigo por su propio viaje, y cuánta pérdida significaba para ella. (Yo era la jefa distante. Ella trataba de empujarse el costo de las sesiones.) Se lo pude unir a lo que probablemente había experimentado en ocasión del nacimiento de su hermana, y afloró un recuerdo: ella llorando y diciéndole a una tía que ahora ella le pertenecía porque la mamá tenía a la hermanita.

En el conflicto en torno a la continuación de su análisis, que pensaba amenazada por la posible reducción en sus ingresos, identificaba proyectivamente en mí su deseo de seguir comprendiéndose y conociendo sobre ella, (¿su chispa de belleza interior?). Era evidente, que disfrutaba del análisis.

También había belleza en su generosidad en ayudar económicamente a un hijo, para que pudiera completar su desarrollo, lo cual le crearía estrecheces.

Poder expresarle estas conjeturas, trajo un cambio dramático, con gran alivio y distensión en la situación analítica.

Creo que estas interpretaciones cumplieron también la función de metacomunicar mis sentimientos de confianza esperanzada en sus posibilidades de comprender y utilizar esa comprensión.

Ya en “El Proceso Psicoanalítico” (1967), (2a) cap. 8, mucho tiempo antes de acuñar la noción de Conflicto Estético, Meltzer señala el valor de la esperanza en el analista, para la continuación del trabajo analítico con un paciente, apoyada por las evidencias de que está progresando en la estructura de su personalidad.

Es, precisamente, el misterio de la realidad psíquica del paciente, el que va a incitar al analista a construir, sobre la base de las evidencias, su belleza interior, lo que se constituirá en alimento para su esperanza.

Para terminar, repetiré lo que dijera en otra ocasión (1c): En mi sentir, en las relaciones íntimas, es la aceptación de esa experiencia del misterio esencial del otro, y del mundo por extensión, lo que nos permite redescubrirlo, con asombro, y amor, y entusiasmo renovados.

Resumen

He intentado reflexionar acerca del concepto de reciprocidad estética y su importancia en la marcha del proceso analítico.

Pienso que la reciprocidad estética del analista hacia su analizando, se metacomunica, y subyace a la posibilidad de poner en juego la actitud analítica, por sus implicancias, en cuanto a aumentar la tolerancia al dolor mental, con la cual se vincula el poder mantener dicha actitud, y que, juntamente con la firme dedicación al método analítico, cumple una importante función en sostener al analista en su tarea.

Presento una viñeta clínica evocativa de estas ideas

Descriptores

Mente, conflicto, belleza, pensamiento, imaginación.

Referencias bibliográficas

1. **Castellaro de Pozzi, María Haydée** a]---(y colaboradores) El narcisismo en la obra de Donald Meltzer. Segundas Jornadas de Integración Teórico Clínicas en Psicoanálisis. Ateneo de Estudios Psicoanalíticos. Rosario, Mayo de 1991. b]---El Dolor Mental en el Proceso Analítico. Trabajo de promoción a Miembro Titular de la Asociación de Psicoanálisis de Rosario. Julio, 1993. c]---Comentario a “Transferencia y Modelo Estético” de Virginia Ungar.

Octubre de 2000. Asociación de Psicoanálisis de Rosario.

2. **Meltzer, Donald** a] El Proceso Psicoanalítico. Buenos Aires, Ed. Hormé, 1968. b] La Aprehensión de la Belleza, Buenos Aires, Ed. Spatia, 1990. c] y Harris M., Familia y Comunidad. B.A. Ed. Spatia 1990. d] Metapsicología Ampliada. Buenos Aires. Ed Spatia 1990. e] Conferencia, en “Encuentro con los Maestros”. Donald Meltzer, Montevideo, Noviembre 1992

3. **Navarro de López, Sheila.** Conferencia pronunciada en el Curso Previo a la visita del Dr. D. Meltzer en A.P.deB.A. en Abril de 1990.

4. **Ungar Virginia,** a] Transferencia y modelo estético, presentado en el Congreso Internacional “El desarrollo del método psicoanalítico”. “Estudios teóricos y clínicos de las contribuciones de Donald Meltzer al Psicoanálisis”. Florencia, Italia, febrero de 2000. b] Dos planos en la formulación psicoanalítica. XXII Simposium y Congreso Interno de A. P. de B. A., octubre de 2000.

