

Otto Fenichel

TEORIA PSICOANALITICA DE LAS NEUROSIS

Publicación auspiciada y supervisada
por la Asociación Psicoanalítica Argentina

Biblioteca de PSICOLOGÍA PROFUNDA

Últimos títulos publicados:

168. L. Hornstein - *Práctica psicoanalítica e historia*
169. P. Gutton - *Lo puberal*
172. C. G. Jung - *Psicología y educación*
173. D. W. Winnicott - *El hogar, nuestro punto de partida*
174. D. W. Winnicott - *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*
175. G. Baravalle y otros - *Anorexia*
177. P. L. Assoun - *Introducción a la metapsicología freudiana*
178. O. Fernández Moujan - *La creación como cura*
179. O. Kernberg - *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*
180. C. Bollas - *Ser un personaje*
181. M. Hekier y C. Miller - *Anorexia-bulimia: deseo de nada*
182. L. J. Kaplan - *Perversiones femeninas*
184. S. Bleichmar y otros - *Temporalidad, determinación, azar*
185. J. E. Milmanicne - *El goce y la ley*
186. R. Rodulfo (comp.) - *Trastornos narcisistas no psicóticos*
189. A. M. Merle-Beral - *El cuerpo de la cura*
190. O. Kernberg - *Relaciones amorosas*
191. F. O. Ulloa - *Novela clínica psicoanalítica*
192. M. Burin y E. D. Bleichmar (comps.) - *Género, psicoanálisis, subjetividad*
193. H. J. Fiorini - *El psiquismo creador*
194. J. Benjamin - *Los lazos del amor*
195. D. Maldivsky - *Linajes abúlicos*
196. G. Baravalle y otros - *Manías dadas y rituales*
197. J. D. Nasio - *Cómo trabaja un psicoanalista*
198. R. Zuckerfeld - *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*
199. V. Korman - *El oficio de analista*
200. J. D. Nasio - *Los gritos del cuerpo*
202. J. Puget (comp.) - *La pareja*
203. L. Kanecyper - *La confrontación generacional*
204. E. Galende - *De un horizonte incierto*
205. A. Baulco - *Psicoanálisis y grupalidad*
206. D. W. Winnicott - *Escritos de pediatría y psicoanálisis*
207. I. Berenstein y J. Puget - *Lo vincular*
208. D. W. Winnicott - *Acerca de los niños*
209. J. Benjamín - *Sujetos iguales, objetos de amor*
210. E. Dio Bleichmar - *La sexualidad femenina: de la niña a la mujer*
211. N. B. Bleichmar y C. Leberman de Bleichmar - *El psicoanálisis después de Freud*
212. M. Rodulfo y N. González (comp.) - *La problemática del sintoma*
213. J. Puget (comp.) - *Psicoanálisis de pareja*
214. J. McDougall - *Las mil y una caras del eros*
215. M. Burin e I. Meler - *Género y familia. Poder, amor y sexualidad*
216. H. Chbani y M. Pérez-Sánchez - *Lo cotidiano y el inconsciente*
217. I. Veg - *Hacia una clínica de lo real*
218. J. E. Milmanicne - *Extrañas parejas*
219. P. Verhaeghe - *¿Existe la mujer?*
220. R. Rodulfo - *Dibujos fuera del papel*
221. G. Lancelle (comp.) - *El self en la teoría y en la práctica*
222. M. Casas de Pereda - *En el camino de la simbolización*
223. P. Guyomard - *El deseo de ética*
224. B. Burgoyne y M. Sullivan (comps.) - *Los diálogos sobre Klein-Lacan*
225. L. Hornstein - *Narcisismo*
226. M. Burin e I. Meler - *Varones*
227. F. Dolto - *Lo femenino*
228. J. E. García Badaracco - *Psicoanálisis multifamiliar*
229. J. y M. Moizeszowicz - *Psicofarmacología y territorio freudiano*
230. E. Braier (comp.) - *Gemelos*
231. I. Berenstein (comp.) - *Clinica familiar psicoanalítica*
232. I. Vegh - *El prójimo*
234. I. Berenstein - *El sujeto y el otro*
236. P. Verhaeghe - *El amor en los tiempos de la soledad*
237. C. Leberman de Bleichmar y N. M. Bleichmar - *Las perspectivas del psicoanálisis*


PAIDÓS
México
Buenos Aires
Barcelona

Título original: *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*
Publicado en inglés por W.W. Norton Co. Inc., Nueva York
© W.W. Norton Co. Inc., Nueva York

Traducción: Dr. Mario Carlisky

Reimpresión, 2008

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los propietarios del «copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

D. R. © de todas las ediciones en castellano,
Ediciones Paidós Ibérica, S. A.
Diagonal 662-664, planta baja
08034, Barcelona,
por acuerdo y transferencia de la Asociación
Psicoanalítica Argentina

D. R. © de esta edición,
Editorial Paidós Mexicana, S. A.

Masarik 111, piso 2
Col. Chapultepec Morales, 11570
México, D. F.
Tel.: 3000-6206
Fax: 3000-6219

epaidos@paidos.com.mx

Página web: www.paidos.com

ISBN: 978-968-853-265-2

Impreso en México • Printed in Mexico

INDICE GENERAL

| | Pág. |
|----------------|------|
| PREFACIO | 13 |

PRIMERA PARTE

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

A. INTRODUCCIÓN

| | |
|---|----|
| I. <i>Observaciones preliminares sobre el psicoanálisis y la teoría de las neurosis</i> | 17 |
| II. <i>Los puntos de vista dinámico, económico y estructural</i> | 25 |
| Dinámica mental, 25; Economía psíquica, 28; Consciente e Inconsciente, 28; La estructura psíquica, 30; Primer ensayo de definición de la neurosis, 32; Síntomas neuróticos y afectos, 34. | |
| III. <i>El método psicoanalítico</i> | 37 |
| Generalidades, 37; La regla básica, 37; La interpretación, 39; Los artificios de deformación, 40; Tipos de resistencias, 42; La transferencia, 43; Criterio para juzgar la exactitud de las interpretaciones, 45. | |

B. EL DESARROLLO MENTAL

| | |
|---|----|
| IV. <i>Los comienzos del desarrollo mental: el yo arcaico</i> | 49 |
| Las primeras fases del desarrollo: Las dificultades metodológicas de su investigación, 49; Las primeras etapas, 50; El descubrimiento de los objetos y la formación del yo, 51; Percepción primitiva e identificación primaria, 52; Omnipotencia y autoestima, 56; El desarrollo de la motilidad y el control activo, 59; La angustia, 60; El pensamiento y el desarrollo del sentido de la realidad, 63; Defensas contra los impulsos, 69; Algo más acerca de la adaptación y el sentido de la realidad, 70. | |
| V. <i>Los comienzos del desarrollo mental (continuación): desarrollo de los instintos. Sexualidad infantil</i> | 73 |
| ¿Qué son los instintos?, 73; Clasificación de los instintos, 76; Críticas al concepto de un instinto de muerte, 78; La sexualidad infantil, 80; La etapa oral, 82; La etapa sadicoanal, 86; Erotismo uretral, 89; Otras zonas crógenas, 90; Instintos parciales, 92; La fase fálica. La angustia de castración en el varón, 95; La etapa fálica en la niña. La envidia del pene, 101; Los tipos arcaicos de relación objetal, 105; Amor y odio, 106; | |

| | |
|---|------|
| | Pág. |
| Los sentimientos sociales, 108; La madre como primer objeto, 109; El cambio de objeto en la niña, 111; El complejo de Edipo, 113; Tipos de elección de objeto, 121; El problema del temor a la castración en la mujer, 122; Resumen, 124. | |
| VI. <i>Las fases avanzadas del desarrollo mental: el superyó</i> | 125 |
| Las primeras etapas del superyó, 125; La instauración del superyó, 127; Funciones del superyó, 128; La resolución del complejo de Edipo, 131; Las vicisitudes del superyó, 132; El período de latencia, 134; La libertad, 134. | |

SEGUNDA PARTE

TEORIA PSICOANALITICA DE LAS NEUROSIS

A. NEUROSIS TRAUMÁTICAS

| | |
|---|-----|
| VII. <i>Neurosis traumáticas</i> | 141 |
| El concepto de trauma, 141; Bloqueo o disminución de las funciones del yo, 142; Ataques emocionales, 143; Perturbaciones del dormir y síntomas de repetición, 144; Complicaciones psiconeuróticas, 145; Beneficios secundarios, 151; El psicoanálisis en la terapia de las neurosis traumáticas, 152. | |

B. LAS PSICONEUROSIS — EL CONFLICTO NEURÓTICO

| | |
|---|-----|
| VIII. <i>Los motivos de la defensa</i> | 154 |
| ¿Qué es un conflicto neurótico?, 154; ¿Son posibles los conflictos neuróticos entre instintos opuestos?, 154; El mundo externo en los conflictos neuróticos, 155; El superyó en los conflictos neuróticos, 157; La angustia como motivo de defensa, 157; Los sentimientos de culpa como motivo de defensa, 159; El asco y la vergüenza como motivos de defensa, 164; Resumen, 165; ¿Existen fuerzas anti-instintivas primarias de carácter innato?, 166. | |
| IX. <i>Los mecanismos de defensa</i> | 167 |
| Clasificación de las defensas, 167; Sublimación, 167; Defensas patógenas, 169; Negación, 171; Proyección, 173; Introyección, 175; Represión, 175; Formación reactiva, 178; Anulación, 181; Aislamiento, 183; Regresión, 188; Defensas contra los afectos, 189; Bloqueo (represión) de afectos, 189; Postergación de afectos, 190; Desplazamiento de afectos, 192; Equivalentes de afectos, 192; Formaciones reactivas contra los afectos, 192. | |
| X. <i>Los síntomas clínicos directos del conflicto neurótico</i> | 197 |
| Clasificación de los síntomas clínicos directos del conflicto neurótico, 197; Evitaciones e inhibiciones específicas, 198; Impotencia y frigidez, 199; Inhibición de instintos parciales, 205; Inhibición de la agresividad, 208; Inhibición de funciones sexualizadas, 209; Neurosis actuales. Síntomas de inhibiciones no específicas, 216; Neurosis de angustia, 218; Síntomas neurasténicos positivos, 219; Perturbaciones del dormir, 220; Neurastenia crónica. Generalidades, 223; La terapia psicoanalítica en las neurosis actuales, 223. | |

C. LAS PSICONEUROSIS. LOS MECANISMOS DE LA FORMACIÓN DE SÍNTOMAS Y LAS DIVERSAS NEUROSIS

| | |
|---|------|
| | Pág. |
| XI. <i>La angustia como síntoma neurótico: la historia de angustia</i> | 225 |
| Naturaleza del síntoma psiconeurótico, 225; La angustia en la historia de angustia, 226; El desplazamiento en la historia de angustia, 228; Proyección de la propia excitación en la historia de angustia, 236; Historia de angustia y animismo, 238; Regresión y agresividad en la historia de angustia, 239; Evolución posterior de las historias de angustia, 244; Las fuerzas represoras y lo reprimido en los síntomas de la historia de angustia, 246; La historia de angustia en los niños pequeños, 246; La escena primaria, 248; La terapia psicoanalítica en la historia de angustia, 249. | |
| XII. <i>Conversión</i> | 250 |
| ¿Qué es la conversión?, 250; Requisitos previos de la conversión, 251; Ataques histéricos, 252; Conversiones monosintomáticas, 253; Dolores histéricos e identificación histérica, 254; Alucinaciones histéricas, 258; Perturbaciones motoras histéricas, 258; Estados de sueño histéricos y perturbaciones de la conciencia, 260; Perturbaciones histéricas de los sentidos, 261; Perturbaciones histéricas de la sensación, 262; Facilitación somática, 263; Rasgos arcaicos en la conversión, 264; Significado general de la conversión, 265; Complejo de Edipo, masturbación y pregenitalidad en los síntomas de conversión, 266; Evolución y tratamiento psicoanalítico de la historia de conversión, 270. | |
| XIII. <i>Órgano-neurosis</i> | 272 |
| ¿Qué es un síntoma órgano-neurótico?, 272; Equivalentes de afectos, 273; Perturbaciones del quimismo en la persona insatisfecha, 274; Consecuencias físicas de las actitudes inconscientes, 276; Disfunciones hormonales y vegetativas, 276; Digresión sobre hipersexualidad e hiposexualidad, 279; Aparato gastrointestinal, 282; Aparato muscular, 283; Aparato respiratorio, 287; Corazón y aparato circulatorio, 289; Presión sanguínea, 291; Piel, 292; El ojo, 294; Los problemas de la psicogénesis de las enfermedades orgánicas y de las patoneurosis, 295; Hipocondría, 299; La terapia psicoanalítica en las órgano-neurosis, 303; Apéndice: Epilepsia, 304. | |
| XIV. <i>Obsesión y compulsión</i> | 307 |
| El fenómeno de la compulsión, 307; Instinto y defensa en los síntomas compulsivos, 309; La regresión en la neurosis obsesiva, 312; Digresión sobre el carácter anal, 318; Sistemas compulsivos, 324; Otros mecanismos de defensa en la neurosis obsesiva, 327; El doble frente del yo en la neurosis obsesiva, 331; El pensamiento en la neurosis obsesiva, 335; Magia y superstición en la neurosis obsesiva, 341; La actitud física de los neuróticos obsesivos, 345; El problema de la etiología diferencial, 346; Evolución y resumen, 347; La terapia psicoanalítica en la neurosis obsesiva, 350. | |
| XV. <i>Conversiones pregenitales</i> | 353 |
| Observaciones preliminares sobre las conversiones pregenitales, 353; Tartamudeo, 354; Tic psicogénico, 360; Asma bronquial, 364. | |
| XVI. <i>Perversiones y neurosis impulsivas</i> | 367 |
| Generalidades, 367; Perversiones en general, 368; Homosexualidad mas- | |

Pág.

culina, 372; Homosexualidad femenina, 382; Fetichismo, 386; Transvestismo, 389; Exhibicionismo, 390; Voyeurismo, 393; Cortar trenzas, 394; Coprofilia, 395; Perversiones orales, 397; Extrema sumisión sexual, 397; Sadismo, 400; Masoquismo, 405; Combinaciones de perversiones y neurosis — Etiología diferencial de las perversiones, 412; Terapia psicoanalítica de las perversiones, 413; Neurosis impulsivas en general, 414; Fuga impulsiva, 416; Cleptomanía, 417; Piromanía, 419; Juegos de azar, 419; Caracteres "Gobernados por los instintos", 421; Adicción a las drogas, 423; Adicciones sin drogas, 429; Estados de transición entre los impulsos mórbidos y las compulsiones, 431; La terapia psicoanalítica en las neurosis impulsivas y las adicciones, 434.

XVII. *Depresión y manía* 436

Depresión y autoestima, 436; La oralidad en la depresión, 438; Reseña de los problemas que atañen a los mecanismos de la depresión, 440; Duelo y depresión, 443; La introyección patognomónica, 446; El conflicto entre el superyó y el yo, 447; Suicidio, 450; La regresión decisiva y sus causas, 452; Manía, 457; Reseña histórica, 462; La terapia psicoanalítica en los trastornos maniaco-depresivos, 464.

XVIII. *Esquizofrenia* 466

Observaciones preliminares, 466; Síntomas de regresión en la esquizofrenia. Fantasías de destrucción del mundo, 468; Sensaciones corporales y despersonalización, 470; Ideas de Grandeza, 472; El pensamiento en los esquizofrénicos, 473; Hebefrenia, 474; Los síntomas catatónicos como fenómenos regresivos, 475; Síntomas de restitución en la esquizofrenia. Fantasías de reconstrucción del mundo, 476; Alucinaciones, 477; Delirios, 479; Relaciones de objeto y sexualidad en los esquizofrénicos, 488; Peculiaridades del lenguaje en los esquizofrénicos, 490; Los síntomas catatónicos como fenómenos de restitución, 490; La ruptura con la realidad, 492; Casos marginales, 496; El problema del pronóstico, 500; La terapia psicoanalítica en la esquizofrenia, 501.

D. LAS PSICONEUROSIS, LAS ELABORACIONES
SECUNDARIAS DE SÍNTOMAS

XIX. *Defensas contra los síntomas, y beneficios secundarios* 507

Generalidades, 507; Los síntomas como traumas y los factores precipitantes de las neurosis, 508; Las defensas contra los síntomas, 512; Las actitudes de dependencia oral frente a los síntomas, 514; El control de los síntomas, 515; Los beneficios secundarios de la enfermedad, 516.

XX. *Trastornos del carácter* 518

Bases para la creación de una caracterología psicoanalítica, 518; Los rasgos patológicos del carácter: Observaciones preliminares, 520; ¿Qué es el carácter?, 522; Clasificación de los rasgos de carácter, 526; Los rasgos de carácter del tipo sublimado, 526; Los rasgos de carácter de tipo reactivo, 527; La defensa y el impulso instintivo en los rasgos patológicos de carácter, 531; *La conducta patológica frente al ello*: El tipo de frigidez generalizada y el pseudo emotivo, 533; Tipos ocasionalmente frígidos, 535; Defensas del carácter contra la angustia, 535; Racionalización e idealización de los impulsos instintivos, 542; Otros motivos de tolerancia de los impulsos instintivos o de defensa contra ellos, 543; Rasgos anales de carácter, 544; Rasgos orales de carácter, 545;

Pág.

Rasgos uretrales de carácter, 549; El carácter, y el complejo de castración, 551; Rasgos fálicos de carácter, 553; El carácter genital, 554; *Conducta patológica frente al superyó*. Defensas del carácter contra los sentimientos de culpa, 554; Masoquismo moral, 559; El Don Juan del éxito, 561; Carencia aparente de sentimientos de culpa, 563; Criminalidad y mala identificación, 563; Caracteres de "Acting out" Neurosis de destino, 564; Conducta patológica frente a los objetos externos. Generalidades, 566; Fijaciones en etapas previas del amor, 568; La persistencia de la ambivalencia, 570; Celos, 571; Inhibiciones sociales en puntos afectados por "complejos", 572; La pseudo sexualidad, 574; Angustia social, 578; Interrelaciones patológicas de las conexiones de dependencia del yo, 582; Etiología diferencial de los diversos caracteres y tipos de defensa, 583; Tipología, 585; Caracteres fóbicos e histéricos, 588; Caracteres compulsivos, 591; Caracteres cíclicos, 592; Caracteres esquizoides, 592; Breve historia de dos casos (a manera de digresión), 593; La técnica y la terapia psicoanalíticas en los trastornos del carácter, 598.

E. COMBINACIONES DE NEUROSIS TRAUMÁTICAS Y
PSICONEUROSIS

XXI. *Combinaciones de neurosis traumáticas y psiconeurosis* 603

F. EVOLUCIÓN Y TERAPIA DE LAS NEUROSIS

XXII. *La evolución clínica de las neurosis* 609

Curas espontáneas, 609; Neurosis estacionarias, 613; Neurosis progresivas, 615.

XXIII. *Terapia y profilaxis de las neurosis* 616

Psicoterapia, 616; Terapia de shock, 631; El psicoanálisis como método terapéutico, 633; Indicaciones del tratamiento psicoanalítico, 637; Contraindicaciones del tratamiento psicoanalítico, 640; Los resultados terapéuticos del psicoanálisis: Estadísticas, 646; Profilaxis, 647.

BIBLIOGRAFÍA 657

BIBLIOGRAFÍA PSICOANALÍTICA EN CASTELLANO 721

ÍNDICE ANALÍTICO 757

P R E F A C I O

Cerca de veinte años de enseñanza en diferentes institutos de centros de formación psicoanalítica de Europa y América, como miembro del cuerpo de enseñanza en cinco ciudades y profesor visitante en otras diez, me han convencido de la necesidad de resumir las doctrinas del psicoanálisis en forma sistemática y comprensiva, a objeto de ofrecer una contribución didáctica a la formación psicoanalítica.

*Entre las diferentes disciplinas que debiera abarcar un texto de psicoanálisis, me interesó en forma especial la teoría de las neurosis. En los institutos psicoanalíticos europeos se acostumbraba subdividir este campo en una parte general, que trataba de los mecanismos comunes a todas las neurosis, y una parte especial, relativa a los rasgos característicos de los tipos de neurosis en particular. Por haberme llevado la casualidad a ocuparme primeramente de la parte especial, publiqué en 1932 la *Spezielle Psychoanalytische Neurosenlehre*, en el *Internationaler Psychoanalytische Verlag*, de Viena, Austria. Esta obra fue traducida por los doctores Bertram D. Lewin y Gregory Zilboorg, y publicada en 1934, en el *Psychoanalytic Quarterly*, y como libro, por W. W. Norton and Company, Nueva York, con el título de *Outline of Clinical Psychoanalysis* (424).*

*La falta de una "Parte General" era la principal desventaja de esta obra. Por eso, cuando se me pidió que preparara una segunda edición, preferí escribir un nuevo libro, que no sólo tratara los temas del *Outline* en forma más sistematizada y al día, sino también las cuestiones relativas a la teoría "general".*

Entre muchos otros a quienes deseo expresar mi agradecimiento, quiero hacerlo, ante todo, con los asistentes a los diversos cursos de donde surgieron las páginas que siguen. Sus gestiones y observaciones en el curso de la discusión resultaron sumamente útiles.

Por su consejo en lo relativo a la versión inglesa definitiva, estoy especialmente reconocido a los doctores David Brunswick, Ralph Greenson y Norman Reider, y a las señoras Dorothy Deinum y Ruth Lachenbruch.

PRIMERA PARTE

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

A. INTRODUCCION

CAPÍTULO I

OBSERVACIONES PRELIMINARES SOBRE EL PSICOANALISIS Y LA TEORIA DE LAS NEUROSIS

Acerca del origen de la joven ciencia psicoanalítica oí a menudo dos opiniones diametralmente opuestas. Algunas personas dicen que Freud trasladó al campo de los fenómenos psíquicos los principios de la biología materialista de su época, e incluso añaden algunas veces que por ello, limitado al campo de la biología, Freud no advirtió las determinantes sociales y culturales de los fenómenos psíquicos. Según otros, en una época en que las ciencias naturales estaban en su apogeo, la contribución de Freud consistió en volverse contra el espíritu de la época e imponer el reconocimiento de lo irracional y lo psicógeno, desafiando la sobreestimación del racionalismo imperante a la sazón.

¿Qué debemos pensar de esta contradicción? Merced a un gradual desarrollo, el pensamiento científico se está imponiendo al pensamiento mágico. Las ciencias naturales, cuyo origen y evolución se producen en períodos definidos del desarrollo de la sociedad humana (cuando se han convertido en una necesidad técnica), han tenido que vencer las más violentas y obstinadas resistencias en su intento de describir y explicar los fenómenos reales. Esta resistencia afectó en diferente grado los diversos campos del saber. Era tanto mayor cuanto más cercana se hallaba la materia de estudio a aquello que concierne a la persona humana: la física y la química se liberaron antes que la biología; la biología antes que la anatomía y la fisiología (todavía no está muy atrás la época en que le estaba prohibido al patólogo diseccionar el cuerpo humano); y la anatomía y la fisiología, a su vez, antes que la psicología. La influencia de la magia es mayor en medicina que en las ciencias naturales puras, debido a la tradición de la medicina, que tiene su origen en la actividad de curanderos-hechiceros y sacerdotes. Dentro de la medicina, la psiquiatría no sólo es la rama más joven de esta ciencia imbuida de magia, sino también la más impregnada de magia.

Durante siglos se consideró a la psicología como un campo especial de la filosofía especulativa, muy alejado del sobrio empirismo. Si se consideran las cuestiones más o menos metafísicas a las que se acostumbraba conceder una importancia fundamental, es fácil reconocer que los problemas en discusión continuaban reflejando las antítesis de "cuerpo y alma", "humano y di-

vino", "natural y sobrenatural". Desgraciadamente, las valoraciones ejercen su influencia, en todas partes, sobre el examen de los hechos.

Una ojeada a la historia de la ciencia nos enseña que la superación de la magia no ha sido un proceso continuo. Ha habido avances y retrocesos, que, sin lugar a dudas, no pueden explicarse únicamente en términos de una historia de las ideas. En esta lucha las oscilaciones dependen de condiciones históricas complicadas, y sólo pueden comprenderse a través del estudio de la sociedad en que la lucha tiene lugar y de los intereses en conflicto de sus diferentes grupos. En la interesante obra de Zilboorg y Henry (1936) puede verse que la historia de la psicología médica no constituye una excepción a esta regla.

En esta lucha el psicoanálisis representa un paso definitivo hacia un pensamiento científico en psicología, alejado del pensamiento mágico. Recientemente Bernfeld volvió a hacer hincapié en la orientación enteramente materialista de los maestros de Freud y del propio pensamiento pre-psicoanalítico de este último (140).

Hay que admitir, por supuesto, que Freud no fue el primero en considerar el campo de las manifestaciones psíquicas desde un punto de vista científico-natural. Existían ya, anteriormente, psicologías científico-naturales, pero, en comparación con las psicologías filosóficas, han constituido siempre una minoría y sólo fueron capaces de estudiar funciones psíquicas dispares. Sólo con el psicoanálisis comenzó realmente la comprensión, sobre la base de una ciencia natural, de la multiplicidad de la vida psíquica cotidiana del hombre.

Ahora podemos contestar a la pregunta relativa a las afirmaciones contradictorias sobre el lugar que ocupa Freud en la historia de la ciencia. Ocurre simplemente que la edad de oro de la biología y la medicina materialistas no consideró que la órbita de sus disquisiciones debía extenderse a todos los órdenes humanos. El hecho de desdeñar la esfera mental indica que el progreso del pensamiento científico se logró a costa de permitir que todo un reino de la naturaleza, la mente humana, siguiera siendo un reducto del pensamiento mágico y religioso; y la contradicción en la apreciación histórica de la obra de Freud queda resuelta reconociendo que éste, en realidad, hizo ambas cosas: oponiéndose al concepto de que "la mente es el cerebro" e insistiendo enérgicamente en la existencia de la esfera psíquica y en el carácter inadecuado de los métodos físico-científicos para abordarla, ganó este terreno para la ciencia. Pese a las afirmaciones de que Freud se había vuelto contra el racionalismo, al dar "al factor subjetivo", a lo "irracional", el lugar que le correspondía, su proceder revela claramente el espíritu de esa amplia tendencia cultural que proclamó el ideal de la primacía de la razón sobre la magia, y de la investigación desprejuiciada de la realidad. Al negar la validez de los tabús, había llegado el momento de abordar aquello que hasta entonces se había considerado sagrado e intocable. Freud investigó el mundo psíquico con el mismo espíritu científico con que sus maestros habían investigado el mundo físico, lo cual no implica sino otra forma de una misma rebelión contra los prejuicios inculcados hasta

ese momento. Lo irracional, en el psicoanálisis, radica en la materia cuyo estudio éste se propone, no en el método.

Puede objetarse que esta afirmación equivale a una presentación unilateral del psicoanálisis. ¿No incluye esta ciencia todo un caudal de tradición mística? ¿No se desarrolló partiendo del hipnotismo, y éste, a su vez, del "mesmerismo"? ¿No es una "cura mental", lo que equivale a una especie de magia? Ciertamente, el psicoanálisis se ha desarrollado partiendo directamente de métodos terapéuticos mágicos. Pero ha eliminado la base mágica de sus precursores. Desde luego, en todo suceder psíquico persisten vestigios que corresponden a etapas más primitivas. Realmente, no es difícil encontrar muchos rasgos mágicos en la teoría y la práctica del psicoanálisis. (Tampoco sería difícil, probablemente, hallar tales rasgos en otras ramas de la medicina.) El psicoanálisis, tal como está constituido actualmente, contiene, sin duda, elementos místicos —reminiscencias de su pasado—, así como elementos científico-naturales, y el empeño de erigir estos últimos en meta de sus esfuerzos. No puede ser de utilidad conservar ciertos elementos místicos, al menos en el mismo sentido en que la actividad de un perro de policía en las investigaciones policiales es una supervivencia del oráculo animal, como ha comprobado Reik (1295). No obstante, el perro de policía posee la capacidad de seguir el rastro del criminal. El psicoanálisis aspira a reducir sus elementos mágicos cuando menos hasta el mismo insignificante nivel a que la moderna investigación del crimen trata de reducir los elementos mágicos de sus métodos de pesquisa.

La psicología científica explica los fenómenos psíquicos como un resultado de la acción recíproca entre las necesidades físicas primitivas —arraigadas en la estructura biológica del hombre y desarrolladas a través de la historia biológica (y, por lo tanto, modificables en el curso de la historia biológica ulterior)— y las influencias del ambiente sobre esas necesidades. No cabe un tercer factor.

Que la mente debe ser explicada en términos de constitución y medio, es un concepto muy antiguo. Lo característico del psicoanálisis consiste en *qué* es lo que considera como estructura biológica, *cuáles* son las influencias ambientales que reconoce como formativas y *de qué modo* relaciona entre sí las influencias estructurales y las ambientales.

En lo que respecta a la estructura biológica, una psicología científica debe, ante todo, encuadrarse dentro de la biología. Los fenómenos psíquicos sólo tienen lugar en los organismos vivos; son un caso especial de los fenómenos biológicos. Las leyes generales válidas para estos fenómenos biológicos son también aplicables a los fenómenos psíquicos; a ellas será necesario añadir las leyes especiales, válidas únicamente en el plano de los fenómenos psíquicos.

Así, pues, una psicología científica investiga, como lo hace toda ciencia, *leyes* generales. No se contenta con una simple descripción de los procesos psíquicos individuales. La descripción exacta de los procesos históricos es, para ella, un medio y no un fin. No constituye su objeto de estudio el

individuo X, sino la comprensión de las leyes generales que rigen las funciones psíquicas.

Además, una psicología científica está absolutamente dispensada de todo lo que sea valoración moral. Para ella no existen, en modo alguno, lo bueno o lo malo, lo moral o inmoral, ni un "debe ser": para una psicología científica, lo bueno y malo, lo moral e inmoral y "lo que debe ser", son productos de mentes humanas y deben ser investigados como tales.

En cuanto se refiere a las influencias del medio ambiente, éstas deben estudiarse detalladamente en su realidad práctica. No existe una "psicología del hombre" en un sentido general, como si fuera en el vacío, por así decir; hay únicamente una psicología del hombre en una sociedad determinada y en una determinada posición dentro de esa determinada sociedad.

En cuanto a la relación existente entre las necesidades biológicas y las influencias formativas del medio, este libro demostrará adecuadamente cómo aborda el psicoanálisis ese problema. Por el momento basta decir lo siguiente. Cuando se trata de investigar las relaciones entre las necesidades biológicas y las influencias externas, pueden sobrestimarse uno u otro de estos grupos de fuerzas. La historia del psicoanálisis ha conocido los dos tipos de desviación. Ciertos autores, guiados por una manera de pensar de cuño biológico, pasaron por alto el papel que en la génesis de las neurosis y de los rasgos de carácter desempeñan las frustraciones causadas desde el exterior, y opinan que neurosis y rasgos de carácter pueden tener sus raíces en conflictos que se desarrollan entre necesidades biológicas contradictorias, de un modo exclusivamente endógeno. Semejante punto de vista es peligroso ya en el análisis terapéutico; pero donde su efecto resulta absolutamente fatal es en las aplicaciones del psicoanálisis a los problemas sociológicos. Con tentativas de esta clase se ha pretendido comprender las instituciones sociales como el resultado de conflictos entre impulsos instintivos contradictorios dentro de cada uno de los individuos, en lugar de buscar la comprensión de la estructura instintiva de los seres humanos empíricos a través de las instituciones sociales en que éstos han crecido.

Pero hay también ciertos autores que, colocándose en el otro extremo, reprochan al psicoanálisis una orientación excesivamente biológica, y sostienen que la destacada valoración acordada a los impulsos instintivos implica negar o desdeñar las influencias culturales.

Sostienen, incluso, el concepto erróneo de que la demostración de la importancia de estas últimas se opone a toda teoría basada en los instintos. Los propios escritos de Freud contienen, esencialmente, descripciones acerca de cómo las actitudes, los objetos y los fines instintivos cambian por influjo de la experiencia. Es absurdo, por lo tanto, opinar que la comprobación de esta influencia contradice a Freud.

Estamos de acuerdo con Zilboorg en que no es difícil encontrar en todas estas desviaciones "culturalísticas" un retorno encubierto al pensamiento mágico y a la contraposición de cuerpo y alma (1637). A primera vista parecería que el hacer hincapié en los factores culturales, a causa de su significación en el desarrollo psíquico, conduciría expresamente a una acen-

tuación de la realidad, pero lo cierto es que este punto de vista niega la realidad al negar la base biológica del hombre.

Desde luego, no sólo las frustraciones y las reacciones a las frustraciones están socialmente determinadas; también lo que un ser humano desea se encuentra determinado por su medio cultural. Sin embargo, los deseos culturalmente determinados son simples variaciones de un reducido número de necesidades biológicas básicas; la sustitución de los valores biológicos primitivos ("gratificante" y "frustrante") por los tan complicados sistemas de valores del hombre moderno, es precisamente lo que puede explicarse por medio del estudio psicoanalítico de la historia de una persona en particular, y de las influencias de las fuerzas sociales a que esta última ha estado sometida. El estudio de estas fuerzas sociales, de su génesis y de su función, es tarea de la sociología.

La aplicación de los principios generales de la ciencia natural al campo especial de la psicología presupone, naturalmente, la creación de nuevos métodos de investigación, que sean apropiados al tema en estudio. Las tentativas de mantener la esfera de lo psíquico al margen del pensamiento causal y cuantitativo ("la teoría torna grises los multicolores brochazos de la vida") atentan contra la comprensión verdadera del tema, y lo mismo ocurre con el espíritu de pseudo exactitud que cree necesario transportar los métodos biológicos de experimentación y protocolo científico a un campo en que tales métodos no corresponden. (La astronomía tampoco es capaz de recurrir a la experimentación, y es, no obstante, una ciencia natural.)

A la afirmación de que el psicoanálisis aspira a una cabal investigación científica de los fenómenos psíquicos, podría objetarse que una tal formulación es o demasiado limitada o demasiado amplia. El psicoanálisis sostiene que existe una vida psíquica inconsciente y que es tarea suya el estudio de ese inconsciente. Dado que por "mente humana" se entienden habitualmente los fenómenos conscientes, podría parecer que el psicoanálisis se ocupa de algo más que la vida mental del hombre. Por otra parte podría preguntarse: ¿no es el psicoanálisis, ante todo, una psicología de las neurosis, o una psicología de los instintos o una psicología de los componentes emocionales de la vida psíquica, en tanto que los componentes más intelectuales y cada una de las funciones, como la percepción, la formación de concepto o la función del juicio, han de ser estudiados por otras psicologías?

Estas objeciones no son válidas. Sostener que por el hecho de investigar el inconsciente el psicoanálisis se propone algo que está más allá de los fenómenos psíquicos, es como afirmar que la óptica investiga algo diferente de los fenómenos luminosos cuando se ocupa de las longitudes de las ondas luminosas. La existencia del inconsciente es una hipótesis que se impuso a la investigación psicoanalítica cuando ésta buscaba una explicación científica y una comprensión de los fenómenos conscientes. Sin esta hipótesis los datos conscientes, en sus relaciones mutuas, resultan incomprensibles; merced a esta hipótesis, se hace posible aquello que caracteriza el éxito de toda ciencia: predecir el futuro y ejercer una influencia sistemática.

En cuanto al argumento de que el psicoanálisis se ocupa únicamente de

las neurosis o de los fenómenos instintivos y emocionales, hay que admitir que estos temas efectivamente predominan en la investigación psicoanalítica. Esto puede explicarse histórica y prácticamente. El psicoanálisis fue en sus comienzos un método terapéutico, y aún hoy el material de investigación con que cuenta se debe principalmente a la feliz circunstancia de que coinciden su método de investigación psicológica y su método de terapéutica médica. Sin embargo, aquello que Freud observó durante el tratamiento de sus pacientes, pudo aplicarlo más tarde a la comprensión de los fenómenos psíquicos en las personas sanas. Cuando, posteriormente, el psicoanálisis abordó el estudio de los fenómenos conscientes y de las diferentes funciones psíquicas, pudo hacerlo de un modo distinto del de las otras psicologías, porque antes había estudiado el inconsciente y los instintos. El psicoanálisis concibe todas estas "manifestaciones superficiales" como estructuras que se han formado a partir de fuentes instintivas y emocionales más profundas, por influencia del ambiente. Desde luego, no debe pretenderse que no existe conocimiento psicológico alguno fuera de los descubrimientos de Freud; pero se podría afirmar que todo conocimiento psicológico aparece a una nueva luz si se lo enfoca desde el punto de vista psicoanalítico.

Sin embargo, este libro *no es* un texto de psicología psicoanalítica: se limita a la teoría de las neurosis. Es cierto que, para el analista, las neurosis constituyen el estudio más fructífero dentro del terreno de los fenómenos psíquicos; después de haber estudiado las neurosis resultará mucho más fácil el estudio de otros fenómenos psíquicos. En este sentido éste es quizá el primer tomo de un texto de psicología psicoanalítica.

La teoría de las neurosis guarda con la práctica de la terapéutica psicoanalítica la misma relación que existe entre la patología y la medicina interna: adquirida ella misma en forma inductiva, por vía de la experiencia práctica, provee las bases para la práctica ulterior. Constituye un intento de verificar lo que hay de regular en la etiología, las manifestaciones y el curso clínico de las neurosis, a objeto de brindarnos un método terapéutico y profiláctico orientado en sentido causal.

No debe exigirse de una teoría como ésta nada que el médico no exija de la patología. La búsqueda de una "regularidad" permite únicamente formular aquello que tiene un significado general, con lo que se hace violencia, en cierto sentido, a lo que hay de único en el caso individual. Pero proporciona al práctico, en compensación, una mejor orientación, aun cuando hay que tener en cuenta que esta orientación, por sí sola, es insuficiente para llevar a cabo el tratamiento de los casos particulares.

Trataremos de aclarar la teoría valiéndonos de ejemplos clínicos. Pero no dejará de ser "teoría", es decir, una abstracción. Todos los ejemplos tienen únicamente a ilustrar los mecanismos; son, por lo tanto, material de ilustración, no historias clínicas. Lo que puede ser expuesto en unas pocas líneas como resultado de la investigación psicoanalítica, requiere a veces meses de trabajo.

Por consiguiente, no presentaremos aquí más que aquello que sea típico. En realidad, los hechos psicológicos representados por las expresiones "com-

plejo de Edipo" y "complejo de castración" son infinitamente variados. Este libro representa un armazón que en la realidad clínica se llena con miles de hechos específicos. No puede sustituir la experiencia clínica con casos prácticos (trabajo con pacientes bajo control y seminarios de casos clínicos), ni tampoco la preparación en técnica psicoanalítica. Pero puede dar una impresión de por qué es necesaria una preparación técnica especial y por qué el análisis personal es una parte insustituible de esa preparación.

Aquellos que no se han sometido a un análisis personal serán capaces, probablemente, de entender intelectualmente lo que se expone en esta obra, pero, con seguridad, muchas cosas les parecerán aún más increíbles y "traídas de los cabellos" que los mismos historiales clínicos psicoanalíticos.

Las personas que "no creen en el psicoanálisis" no quedarán convencidas por la lectura de este libro: sólo podrán obtener información acerca de cuáles son realmente las enseñanzas del psicoanálisis.

Pero incluso esto parece muy necesario. Muchos críticos que "no creen en el psicoanálisis" ignoran de qué trata el psicoanálisis, y tienen por costumbre atribuir a Freud muchísimas cosas que no dijo ni escribió jamás.

A pesar de todo, la lectura de las historias clínicas ofrece el mejor método para subsanar las deficiencias de la experiencia personal, y es, por lo tanto, el complemento más importante de la lectura de este libro, del mismo modo que el asistir a conferencias clínicas o la lectura de historiales clínicos es el mejor complemento del estudio de la patología.

Es absolutamente falso que para ocuparse de los sucesos de la vida humana haya que elegir entre la vívida e intuitiva descripción del artista y las lejanas abstracciones de un hombre de ciencia que sólo piensa cuantitativamente. No es necesario ni lícito despojarse del sentimiento, cuando se hace del sentimiento un objeto de investigación científica. Freud declaró, en cierta ocasión, que no era culpa suya si sus historiales clínicos daban la impresión de una novela. Para comprender las neurosis habría que leer tales historiales semejantes a novelas, y libros como el presente; pero también cabe prometer que dichos historiales se comprenderán de un modo totalmente diferente después de haber estudiado este libro.

Admitir que el arte práctico de analizar no puede ser adquirido a través de la lectura de esta obra, no es motivo para subestimar el valor de la misma para el estudiante de psicoanálisis.

El echar en cara, violentamente, a una patología científica, hechos tales como la imposibilidad de enseñar la intuición y la sensibilidad terapéutica indispensables, revela un pensamiento de tipo mágico. Así como la patología científica no es un obstáculo para el arte médico intuitivo, sino un prerequisite indispensable para el mismo, no lo es la teoría de las neurosis para la práctica del psicoanálisis. Es cierto que no todo puede enseñarse; pero, en primer lugar, hay que aprender aquello que es susceptible de ser enseñado.

Trataremos de entrar en polémicas lo menos posible, concentrando nuestros esfuerzos, por el contrario, en la explicación de aquello que parece ya

establecido. Es inevitable que en la elección del material a ser presentado, la selección de los problemas a los que deberá concederse un espacio mayor o menor que a otros, así como en la ordenación final de la obra, se reflejen las creencias personales del autor. Pero dado que éste confía en que sus convicciones científicas están bien fundadas, opina que ello no constituirá un inconveniente.

En un punto difiere una teoría de las neurosis de una patología somática. Un patólogo se encuentra en posición de suponer que su auditorio sabe fisiología; no tiene necesidad de explicar "los principios biológicos básicos" antes de ofrecer la demostración de su verdadero tema. Debido a la novedad de la psicología psicoanalítica, nosotros tenemos que aclarar primeramente, por lo menos de un modo esquemático, el sistema general que nos servirá de orientación.

Estos principios básicos fueron descubiertos por el laborioso método empírico. Es importante destacar esto, ya que en las páginas que siguen no será posible enseñar cómo se fueron elaborando gradualmente estos conocimientos, sobre la base de la experiencia; más bien serán presentados en una forma definitiva, un tanto dogmática, lo que podría conducir a malentendidos en cuanto a la naturaleza de esos conocimientos y hacerlos aparecer como puramente especulativos. La forma de presentación será deductiva; de hecho, el conocimiento de estos principios se ha obtenido por inducción, y es factible y lícito que nuevas investigaciones científicas inductivas los modifiquen.

CAPÍTULO II

LOS PUNTOS DE VISTA DINAMICO, ECONOMICO Y ESTRUCTURAL

DINAMICA MENTAL

Las funciones psíquicas deben abordarse desde el mismo ángulo que las funciones del sistema nervioso en general. Son manifestaciones de la misma función básica del organismo vivo: la irritabilidad. El patrón básico que sirve para comprender los fenómenos mentales es el arco reflejo. Los estímulos del mundo externo o del propio cuerpo inician un estado de tensión, y éste busca una descarga secretora o motora, que conduzca a la relajación. Pero entre el estímulo y la descarga intervienen fuerzas que se oponen a la tendencia a la descarga. El estudio de estas fuerzas inhibitorias, de su origen y de su efecto sobre la tendencia a la descarga, constituye el tema inmediato de la psicología. Sin estas fuerzas oponentes no habría psique, sino únicamente reflejos (495).

Con semejante punto de partida, está a la vista que la psicología psicoanalítica se propone algo más que una simple descripción. Explica los fenómenos psíquicos como el resultado de la acción recíproca y de la acción contraria de fuerzas, esto es, de una manera *dinámica*. Una explicación dinámica es al mismo tiempo *genética*, puesto que no sólo examina un fenómeno como tal, sino también las fuerzas que lo producen. No estudia actos aislados; estudia los fenómenos en términos de proceso, de desarrollo, de progresión o de regresión.

La idea de considerar los fenómenos psíquicos como un resultado de la acción recíproca de fuerzas, no tiene su origen meramente en el hecho de trasladar el concepto de energía desde las otras ciencias naturales a la psicología. Originalmente, el camino recorrido fue el opuesto; fue la hipótesis corriente de que se comprenden las reacciones psíquicas cuando han sido comprendidas sus causas lo que se trasladó al terreno de la física.

Hay un tipo especial de fenómenos psíquicos, los impulsos instintivos, que es directamente experimentado como una "energía apremiante". Ciertas percepciones tienen un carácter de provocación; instan a una acción inmediata y uno se siente impulsado por fuerzas de diversa intensidad. Asociando esta experiencia al patrón reflejo, podemos suponer que los impulsos instintivos tienen una tendencia general a disminuir el nivel de excitación por

medio de la descarga de las tensiones producidas por los estímulos excitantes. A ello se oponen fuerzas contrarias, que serán estudiadas más adelante, y la lucha así provocada constituye la base del mundo de los fenómenos psíquicos.

Esto, ciertamente, no significa que la psicología psicoanalítica atribuya una naturaleza instintiva a todos los fenómenos psíquicos, sino únicamente que los fenómenos no instintivos han de explicarse como efectos de los estímulos externos sobre las necesidades biológicas. La parte no instintiva de la mente humana resulta comprensible como un derivado de la lucha en pro y en contra de la descarga, creada por influencia del mundo externo. Tampoco la teoría celular sostiene que toda sustancia viva está formada únicamente por células; su posición se justifica mientras pueda probar que los componentes no celulares de la sustancia viva, como son los tendones, el cabello o la sustancia intercelular, son partes o productos de células. Y lo mismo puede aplicarse a la psicología analítica, mientras ésta pueda demostrar que los fenómenos psíquicos no instintivos derivan de fenómenos más primitivos de carácter instintivo. El breve trabajo de Freud, *La negación* (606) es, por esto, de primordial importancia, ya que demuestra cómo la función del juicio crítico, aparentemente muy alejada de la vida instintiva, deriva de los instintos.

Sin embargo, la expresión *Trieb*, utilizada por Freud, no significa exactamente lo mismo que la palabra *instinto*,* que es como se la traduce habitualmente. El concepto de instinto lleva implícita la idea de que éste representa una pauta heredada e invariable; esta inmutabilidad no es inherente, en modo alguno, al concepto alemán de *Trieb*. Por el contrario, los *Triebe* varían evidentemente, en su fin y su objeto, por acción de influencias derivadas del ambiente, y Freud opinaba incluso que se originaban en esta misma influencia (588). Esta equiparación incorrecta de *instinto* y *Trieb* ha dado lugar a graves malentendidos (1105).

Muchos biólogos han expuesto —en variadas hipótesis— la idea de que existe una tendencia vital básica a eliminar las tensiones producidas por la estimulación externa y volver al estado energético vigente antes de la estimulación. El concepto más fructífero a este respecto ha sido el principio de la “homeostasis”, formulado por Cannon (241). “Los organismos, compuestos de una sustancia que se caracteriza por la mayor inconstancia e inestabilidad, han aprendido de algún modo la manera de mantener cierta constancia y conservarse estables frente a condiciones que razonablemente cabría suponer profundamente perturbadoras”. La palabra homeostasis “no implica algo fijo o inmóvil, un estancamiento”; por el contrario, las funciones vitales son extremadamente flexibles y móviles; su equilibrio se ve perturbado ininterrumpidamente, pero es restablecido por el organismo, también de una manera ininterrumpida.

Es este mismo principio básico el que tenía in mente Fechner cuando hablaba del “principio de la constancia” (605), y al que Freud, siguiendo a

* Las observaciones del autor se refieren a la palabra inglesa *instinct*, pero son igualmente aplicables a la voz castellana *instinto*. (T.)

Bárbara Low, se refería frecuentemente como “principio del Nirvana” (613). Parece más apropiado considerar que el fin de todas estas tendencias de “igualación” es el de mantener un determinado nivel de tensión característico del organismo, de “conservar el nivel de excitación”, como desde muy pronto dijo Freud (188), y no la eliminación total de toda tensión (517).

Como puede verse a cada paso, no faltan tendencias opuestas a este principio de la homeostasis. Algunos tipos de conducta no parecen tender a una liberación de las tensiones, sino a crear otras nuevas, y la tarea principal de la psicología consiste en estudiar y comprender las fuerzas de oposición que tienden a bloquear o a diferir la descarga inmediata.

Pero esta comprensión jamás será lograda si se intenta distinguir entre un “instinto homeostático” y otros “instintos no homeostáticos” (1211). La homeostasis se encuentra, por principio, en la raíz de toda conducta instintiva; la frecuente conducta “anti-homeostática” debe explicarse como una complicación secundaria, impuesta al organismo por fuerzas externas.

Del mismo modo que no existe un instinto homeostático, sino únicamente un principio homeostático, subyacente a toda conducta instintiva, tampoco existe un “instinto de control”, como algo diferente de otros instintos (766, 767, 768). Control significa capacidad de manejar las exigencias externas y los impulsos internos, de aplazar la gratificación cuando ello sea necesario, de asegurar la gratificación aun donde haya obstáculos; es una finalidad general de todo organismo, no un instinto específico. Sin embargo, no hay duda de que existe “un placer de disfrutar de la propia capacidad”, es decir, de gozar por el hecho de la cesación de la tensión de “no ser capaz todavía”, de la cesación de la angustia vinculada a la insuficiencia del control motor.

Así, las fuerzas cuyas acciones recíprocas se supone que explican los fenómenos psíquicos reales tienen una *dirección* definida: hacia la motilidad o en el sentido opuesto, de apartarse de la motilidad. Los impulsos de descarga representan una tendencia biológica primaria; los impulsos opuestos son introducidos en el organismo por influencias provenientes del exterior.

Los *lapsus linguae*, los errores y los actos sintomáticos constituyen los mejores ejemplos de conflictos entre las tendencias a la descarga y las fuerzas contrarias; una tendencia que ha sido rechazada,* ya sea definitivamente por la “represión”, o a causa del deseo de no expresarla en tal lugar y momento, encuentra una expresión deformada, contra la voluntad consciente que se opone a ello (553).

Cuando las tendencias a la descarga y las tendencias inhibitorias son igualmente fuertes, no hay signos exteriores de actividad, pero se consume energía en una lucha interna oculta. Esto se manifiesta clínicamente en el hecho de que los individuos que sufren tales conflictos se muestran fatigados y exhaustos sin estar realizando un trabajo visible.

* Para traducir *to ward off*, *warded off* (en alemán *abwehren*), usamos *rechazar*, *rechazado*, etc. Aun cuando muchas veces usa *to ward off* como sinónimo de *reprimir*, el autor explica en este pasaje el sentido más amplio e indeterminado de la primera expresión. Por otra parte, a efecto de evitar confusiones, trataremos de usar aquí *rechazar* y sus derivados únicamente para traducir *to ward off*, *warded off*, etcétera. (T.)

ECONOMIA PSÍQUICA

Con este ejemplo nos encontramos en el terreno de lo que Freud ha llamado la "psico-economía" (588). Los sujetos que acabamos de mencionar se fatigaban porque consumían energía en una lucha librada entre fuerzas internas. Cuando una persona ahoga su irritación, y más tarde, en otra situación y ante una provocación insignificante, reacciona violentamente, hay que presumir que la cantidad de irritación primeramente sofocada continuaba actuando todavía en ella, como una disposición a la descarga que aprovecha para ello la primera oportunidad. La energía de las fuerzas existentes tras los fenómenos psíquicos es desplazable. Los impulsos intensos que exigen una descarga son más difíciles de refrenar que los débiles, pero pueden ser refrenados si las fuerzas contrarias son igualmente poderosas. Establecer la cantidad de excitación que puede ser soportada sin descarga, implica un problema económico. Existe un "intercambio de energía psíquica", una distribución económica de la energía disponible entre "ingreso", consumo y eliminación. Otro ejemplo de la utilidad del concepto económico es el hecho de que las neurosis se desencadenan frecuentemente en la pubertad y en el climaterio. La persona en cuestión ha sido capaz de soportar una cierta cantidad de excitación instintiva no descargada, pero tan pronto como los cambios somáticos hicieron aumentar la cantidad absoluta de excitación, ya no fueron suficientes las contramedidas de contención. Hay, fuera de éste, innumerables ejemplos que dan la medida de la importancia del punto de vista económico para la comprensión de los fenómenos de observación corriente. La persona que está cansada sin haber hecho nada, no representa más que un tipo especial de las inhibiciones generales que tienen su causa en una silenciosa labor interna. Aquellos que tienen problemas internos que resolver, tienen que emplear en ellos gran parte de su energía, y es poca la que les queda para otras funciones.

El concepto de "cantidad" de energía psíquica no está ni más ni menos justificado que el empleo de otros conceptos científicos de trabajo que han demostrado su utilidad práctica. Es de lamentar que no sea posible medir directamente esa cantidad; sólo puede hacerse indirectamente, a través de sus manifestaciones fisiológicas.

CONSCIENTE E INCONSCIENTE

En la exposición de la dinámica y la economía de la organización psíquica, nada dijimos hasta ahora de la significación que tiene el que un fenómeno dado sea consciente o inconsciente. Esto se debe a que esta distinción es, inicialmente, tan sólo descriptiva y no cuantitativa. La sugestión post-hipnótica pone en evidencia ante nuestros propios ojos la existencia de un inconsciente psíquico. El olvido de un nombre nos lo hace sentir subjetivamente. Uno sabe que conoce ese nombre, y sin embargo, no lo conoce.

Cuando se aplican los puntos de vista dinámico y económico, el pro-

blema de consciente o inconsciente debe plantearse de la siguiente manera: ¿En qué circunstancias y por obra de qué energías surge la condición de conciencia? Es en estos términos como hay que examinar todas las cualidades psíquicas. También las sensaciones de dolor y de placer, como cualidades, son accesibles solamente desde el punto de vista descriptivo; "explicarlas" significa determinar en qué condiciones dinámicas y económicas se experimentan.

Esta manera de plantear el problema se justificaría fácilmente si fuera posible encontrar una correlación directa entre cantidades fundamentales y cualidades definidas que aparecerían solamente con ellas: si la hipótesis de Fechner, por ejemplo —según la cual todo aumento de tensión psíquica es sentido como displacer, y toda disminución de la misma, como placer—, pudiera ser confirmada. Muchos son los hechos que concuerdan con este punto de vista, pero, desgraciadamente, hay también otros que lo contradicen (555, 613). Existen tensiones placenteras, como la excitación sexual, y faltas de tensión dolorosas, como el aburrimiento o la sensación de vacío. No obstante, la regla de Fechner es válida en general. Es posible demostrar que la excitación sexual y el aburrimiento son complicaciones secundarias. El placer en la excitación sexual, llamado placer preliminar, se convierte inmediatamente en displacer si desaparece la esperanza de llegar a una descarga en el placer final subsiguiente: el carácter placentero del placer preliminar está ligado a la anticipación psíquica del placer final. Observando el caso con más detención, resultará visible que el displacer del aburrimiento no corresponde a una falta de tensión, sino a una excitación cuyo fin es inconsciente (422). En este momento una consideración más amplia del problema nos desviaría demasiado (cf. 613). Lo hemos traído a colación con el fin de demostrar que las tentativas de coordinar los factores cuantitativos con los fenómenos cualitativos no carecen de fundamento.

Volviendo a la cualidad de "consciente", el hecho de que un impulso sea o no consciente nada revela acerca de su valor dinámico. Los fenómenos conscientes no son sencillamente más fuertes que los inconscientes; tampoco es cierto que todo lo que es inconsciente sea el "verdadero motor" de la mente, y todo lo consciente tan sólo un fenómeno colateral relativamente sin importancia. Las numerosas huellas mnémicas que pueden hacerse conscientes por un simple acto de atención carecen de "importancia", por más que son inconscientes (se denominan pre-conscientes). Otros fenómenos inconscientes, sin embargo, deben ser concebidos como fuerzas poderosas en busca de una descarga, pero mantenidas a raya por una fuerza igualmente poderosa, la cual se manifiesta como "resistencia". El material inconsciente sometido a esa elevada presión sólo tiene un objetivo: la descarga. Su energía libremente flotante es dirigida de acuerdo con el "proceso primario"; es decir, se encuentra libre de las exigencias de la realidad, del tiempo, del orden o de las consideraciones lógicas; se condensa y se desplaza, de acuerdo, únicamente, con las mayores posibilidades de descarga. Esta modalidad de funcionamiento de la mente arcaica sigue rigiendo en la esfera del inconsciente; en las partes más diferenciadas de la psique va siendo sustituida gradualmente por el "proceso secundario", organizado (590).

LA ESTRUCTURA PSIQUICA

Los fenómenos psíquicos deben ser considerados como el resultado de la acción combinada de fuerzas que presionan, las unas, hacia la motilidad, las otras, en sentido opuesto. El organismo está en contacto con el mundo externo, tanto al principio como al final de sus procesos de reacción, que comienzan con la percepción de los estímulos y terminan con la descarga motora o glandular. Freud considera el aparato psíquico como modelado a la imagen de un organismo flotando en el agua (608). Su superficie recoge estímulos y los trasmite al interior, de donde emergen impulsos reactivos hacia la superficie. Esta última se va diferenciando gradualmente en cuanto a sus funciones de percepción de estímulos y de descarga. El producto de esta diferenciación se convierte en el "yo". El yo procede selectivamente, tanto en su función de recepción de las percepciones como en la de permitir a los impulsos alcanzar la motilidad. Opera como un aparato inhibitor que controla, mediante esta función inhibitoria, la posición del organismo en el mundo externo. En su "análisis vectorial", Alexander considera todas las tendencias psíquicas como combinaciones de "ingestión", retención y eliminación (44). Nosotros añadimos: la vida comienza con una ingestión, pero con la primera "ingestión" aparece la primera necesidad de eliminación; la retención, en cambio, surge más tarde, bajo influencias que determinan una mayor complejidad.

El yo crea aptitudes que le confieren la capacidad de observar, seleccionar y organizar los estímulos y los impulsos: las funciones del juicio y la inteligencia. Desarrolla también métodos para impedir a los impulsos rechazados el acceso a la motilidad, utilizando cantidades de energía dispuestas para este fin: es decir, bloquea la tendencia a la descarga y convierte el proceso primario en el proceso secundario (552, 590). Todo esto tiene lugar merced a una organización especial que tiende a cumplir sus diversas funciones con un mínimo de esfuerzo (principio de la función múltiple) (1551).

Bajo la periferia organizada del yo se encuentra el núcleo de un conjunto caótico de fuerzas, dinámicas e impulsoras, que pugnan exclusivamente por una descarga, pero que reciben instantáneamente nuevos estímulos de las percepciones internas y externas, y que se hallan bajo la influencia de factores somáticos que determinan la forma en que esas percepciones han de ser experimentadas (590, 608). La organización opera de la superficie a la profundidad. El yo es al ello lo que el ectodermo es al endodermo; el yo se convierte en el mediador entre el organismo y el mundo externo. Como tal ha de proporcionar, tanto una protección contra las influencias hostiles del ambiente, como el logro de la gratificación, aun contra la eventual coerción del mundo externo. No hay ninguna razón para suponer que el yo, creado con el fin de asegurar la gratificación de los impulsos del organismo, sea, de ninguna manera, primariamente hostil a los instintos.

¿Qué relación existe entre la distinción entre el yo y el ello, y las cualidades de consciente e inconsciente? Todo sería sencillo si pudiera hacer-

se que el yo correspondiera a lo consciente y el ello al inconsciente. Pero desgraciadamente las cosas son más complicadas. Lo que tiene lugar en la conciencia está formado de percepciones e impulsos (correspondientes a la "ingestión" y la "descarga" respectivamente). Podemos considerar que todo lo que es imaginación está constituido por impulsos con una catexis más débil (774). Pero no todos los impulsos ni todas las percepciones son conscientes. Hay estímulos que están "por debajo del umbral", y que demuestran haber sido percibidos sin haber tenido jamás la cualidad de conscientes (1228). Existen, además, percepciones reprimidas —en la ceguera histórica, por ejemplo—, donde puede observarse la existencia de percepciones inconscientes. Existe también una motilidad inconsciente, como sucede en el sonambulismo. Las percepciones y los movimientos inconscientes poseen peculiaridades específicas, que los distinguen de los conscientes. Todos los organismos vivos deben mantener un intercambio con el mundo externo, a través de las funciones básicas de la percepción y la motilidad; y esto es cierto aun antes de que exista la diferenciación de un yo, del mismo modo que toda célula viva debe satisfacer sus necesidades de nutrición y respiración, aun antes de que se hayan desarrollado, en forma diferenciada, un aparato respiratorio y un aparato metabólico multicelulares. Antes de que sea posible el desarrollo de un concepto sistemático de la realidad, debe existir, por fuerza, una cierta percepción asistemática.

La conciencia nace en algún momento del proceso de sistematización (véase pág. 49). Este proceso depende de la capacidad de utilizar los recuerdos. Las huellas mnémicas son residuos de percepciones; surgen aparentemente en un segundo plano, por debajo del plano de las percepciones mismas (522, 615). El yo se ensancha a costa de la capa de estas huellas mnémicas, denominada preconsciente. La diferenciación del yo es un proceso gradual. Existen capas más profundas del yo, que son inconscientes. La transición del yo al ello es gradual, y únicamente se hace más neta en aquellos puntos en que existe un conflicto. No obstante, incluso fuerzas del yo altamente diferenciadas se hacen nuevamente inconscientes allí donde surge el conflicto.

La parte mejor conocida de la conciencia es la "reprimida", aquella que es inconsciente porque hay fuerzas poderosas, dinámicas, que le impiden hacerse consciente. Lo reprimido presiona en dirección a la conciencia y la motilidad; se compone de impulsos que buscan una salida. En este esfuerzo hacia la actividad, lo reprimido tiende a producir "derivados", es decir, a desplazar su catexis a ideas vinculadas asociativamente al impulso original, y que sean menos objetables para el yo consciente. Durante el análisis, los derivados preconscientes son estimulados en forma tal que son captados por la atención del paciente; ésta es la manera en que se llega a conocer gradualmente el contenido reprimido. Lo reprimido se compone, ante todo, de ideas y conceptos que tienen vinculación con el fin de los impulsos rechazados, los cuales, por haber sido rechazados, han perdido toda vinculación con la expresión verbal: al lograr nuevamente su verbalización, las ideas inconscientes se hacen preconscientes (590). Pero también tiene sen-

tido hablar de sensaciones, sentimientos o emociones inconscientes. Ciertamente, las cualidades de los sentimientos sólo aparecen allí donde se experimentan. Pero en el organismo existen tensiones que se traducirían en sensaciones, sentimientos o emociones específicos, de no verse bloqueadas en su descarga y desarrollo por efecto de las contracatexis. Se trata de "disposiciones" inconscientes en el sentido de tales cualidades, "anhelos inconscientes de afecto", un empeño en el sentido de crear los afectos, que son mantenidos a raya por fuerzas contrarias, en tanto que el sujeto ignora que posee esa disposición a la ira, la excitación sexual, la angustia, el sentimiento de culpa, o lo que fuere (608). Desde luego, estas "disposiciones inconscientes a los afectos" no son elaboraciones teóricas, sino que pueden ser observadas clínicamente, del mismo modo que pueden serlo las ideas inconscientes: también ellas crean derivados, y se delatan en los sueños, síntomas y otras formaciones sustitutivas, o bien a través de una rígida conducta contraria a la disposición, o finalmente, por una simple lasitud general.

Pero el aparato psíquico no está formado solamente por un yo y un ello; su desarrollo ulterior acarrea una nueva complicación. Ya hemos dicho que el problema de la naturaleza de las fuerzas que bloquean la descarga era el problema básico de toda psicología. Fundamentalmente, estas fuerzas han sido impuestas a la psique por el medio ambiente. Es la consideración de la realidad lo que determina que el yo se abstenga de satisfacer de inmediato la tendencia de los impulsos a la descarga. No obstante, estas tendencias inhibitorias, que de acuerdo con su definición han derivado del yo, no son, en todo sentido, lo opuesto a los "impulsos instintivos". A menudo, como ocurre en los ascetas o en los masoquistas morales, por ejemplo, la conducta anti-instintiva revela todas las características de un instinto. Es posible explicar genéticamente esta contradicción. La energía con que el yo lleva a cabo su actividad inhibitoria sobre los instintos deriva del reservorio instintivo del ello. Una parte de la energía instintiva se convierte en energía anti-instintiva. Una determinada parte del yo que inhibe la actividad instintiva, se desarrolla, por un lado, más próxima a los instintos, y por otro lado está en conflicto con otras partes del yo, ávidas de placer. Esta parte, que tiene la función (entre otras) de decidir qué impulsos son aceptables y cuáles no, se denomina superyó. Siendo que el yo es ya un representante del mundo externo, aquí tenemos nuevamente, dentro de ese primer representante, otro representante especial del mundo externo (608).

PRIMER ENSAYO DE DEFINICION DE LA NEUROSIS

Después de haber expuesto los puntos de vista dinámico, económico y estructural, haremos un primer intento de aclarar lo que ocurre en una neurosis. ¿Existe algún común denominador en la multiplicidad de los fenómenos neuróticos, que pueda utilizarse para comprender la naturaleza esencial de las neurosis?

En todos los síntomas neuróticos sucede algo que el paciente percibe como extraño e ininteligible. Este algo puede consistir en movimientos

involuntarios, en alguna otra clase de cambios en las funciones corporales, y en diversas sensaciones, como sucede en la histeria; o en una emoción y un estado de ánimo abrumadores e injustificados, como en los accesos de angustia o en las depresiones; o bien se trata de extraños impulsos o pensamientos, como en las compulsiones y obsesiones. Todos los síntomas dan la impresión de algo que parece asaltar a la personalidad, partiendo de una fuente desconocida; algo que perturba la continuidad de la personalidad y reside fuera de la esfera de la voluntad consciente. Pero existen también fenómenos neuróticos de otro tipo. En los "caracteres neuróticos", la personalidad no parece ser uniforme o estar sólo perturbada por éste o aquel suceso interruptor, sino a tal punto manifiestamente desgarrada o deformada, y con frecuencia afectada en tal extensión por la enfermedad, que resulta imposible decir dónde termina la "personalidad" y dónde empieza el "síntoma". Pero, diferentes como parecen, las "neurosis sintomáticas" y las "neurosis de carácter" tienen esto en común: la manera normal y racional de manejar, tanto las exigencias del mundo externo, como los impulsos internos, ha sido sustituida por algún fenómeno irracional, que parece extraño y no puede ser controlado voluntariamente. Dado que el funcionamiento normal de la mente está regido por un aparato de control que organiza, dirige e inhibe fuerzas instintivas, más arcaicas y más profundas —del mismo modo que la corteza organiza, dirige e inhibe impulsos de los planos más profundos y más arcaicos del cerebro—, puede afirmarse que el común denominador de todos los fenómenos neuróticos es una insuficiencia del aparato normal de control.

La forma más sencilla de "controlar" los estímulos es descargar, mediante reacciones motoras, la excitación por ellos provocada. Más adelante la descarga inmediata es reemplazada por mecanismos de control más complicados de fuerzas de rechazo. Este control consiste en una distribución de contracargas, en procura de un equilibrio económico adecuado entre los estímulos que llegan y las descargas que parten.

Todos los fenómenos neuróticos tienen por base insuficiencias del aparato normal de control. Pueden ser comprendidos como descargas de emergencia involuntaria, que sustituyen a las descargas normales. La insuficiencia puede producirse de dos maneras. Una de ellas es un aumento en el flujo de estímulos: en una determinada unidad de tiempo, el aparato psíquico recibe una cantidad excesiva de excitación, que no puede controlar; estas experiencias se llaman traumáticas. La otra manera es el bloqueo o la disminución previa de la descarga, lo cual produce un estancamiento de tensiones dentro del organismo, de manera que las excitaciones normales actúan ahora relativamente, como las traumáticas. Estas dos formas posibles no se excluyen mutuamente. Un trauma puede iniciar un bloqueo posterior de la descarga, y un bloqueo primitivo puede, al crear un estado de estancamiento, dar lugar a que ulteriores estímulos corrientes tengan un efecto traumático.

Un ejemplo del primer tipo puede observarse en la irritación que todo el mundo experimenta a continuación de pequeños traumas, como ser un

susto o un pequeño accidente. La persona se siente irritada durante cierto tiempo, y no puede concentrarse porque, en su interior, todavía está ocupada con el suceso y no dispone de ninguna energía libre para dirigir su atención en otro sentido. Repite el suceso en sus pensamientos y sentimientos, unas cuantas veces, y después de un rato recupera su equilibrio psíquico. Una pequeña neurosis traumática como ésta puede explicarse como la inundación del organismo por cantidades de excitación que no alcanzan a ser controladas, y al mismo tiempo como una tentativa de lograr un control "diferido". Las neurosis traumáticas graves deben ser consideradas desde este mismo punto de vista.

Las neurosis del segundo tipo, llamadas psiconeurosis, y caracterizadas por el bloqueo previo de la descarga, tienen su modelo en las neurosis artificiales que los psicólogos experimentales provocan en los animales (65, 286, 923, 1109). El experimentador relaciona súbitamente algún estímulo que ha representado anteriormente experiencias instintivas placenteras o que ha servido como señal de alguna acción portadora de gratificación, con experiencias frustrantes o amenazadoras; o bien disminuye la diferencia entre los estímulos que el animal había sido acostumbrado a asociar respectivamente con una gratificación instintiva y con una amenaza: el animal entra entonces en un estado de irritación muy similar al de la neurosis traumática. Experimenta impulsos contradictorios; el conflicto le hace imposible ceder a los impulsos en la forma acostumbrada; la descarga está bloqueada, y esta disminución en la descarga actúa en la misma forma que un aumento en el aflujo de excitación: conduce al organismo a un estado de tensión y exige descargas de emergencia.

En las psiconeurosis algunos impulsos han sido bloqueados; la consecuencia es un estado de tensión y, eventualmente, algunas "descargas de emergencia". Éstas consisten, en parte, en una inquietud inespecífica y en elaboraciones de la misma, y en parte, en fenómenos mucho más específicos, que representan descargas involuntarias y deformadas de aquellos mismos impulsos instintivos a los que se había impedido una descarga normal. Así, pues, en las psiconeurosis tenemos, primeramente, una defensa del yo contra un instinto; después, un conflicto entre ese instinto que tiende a la descarga y las fuerzas defensivas del yo; luego, un estado de estancamiento, y finalmente, los síntomas neuróticos, que son descargas deformadas, como una consecuencia del estado de estancamiento: un compromiso entre las fuerzas opuestas. El síntoma es el único paso de este proceso que llega a hacerse manifiesto; el conflicto, su historia y la significación de los síntomas son inconscientes.

SINTOMAS NEUROTICOS Y AFECTOS

Estas consideraciones sobre la esencia de las neurosis hacen surgir una objeción que no es posible dejar de tener en cuenta. Muchos de los caracteres que hemos adjudicado a los fenómenos neuróticos parecen igualmente

aplicables a una categoría de fenómenos psíquicos muy normales, que son los accesos afectivos o emocionales.

La investigación de un denominador común a todas las explosiones repentinas de afectos revela, efectivamente, una estrecha relación entre esas explosiones y los fenómenos neuróticos.

Las crisis afectivas consisten en a), movimientos y otras descargas fisiológicas, especialmente modificaciones en las funciones glandulares y musculares, y b), sentimientos emotivos. Tanto los fenómenos físicos como los psíquicos son específicos para cualquier afecto dado, y, sobre todo, es específica la correlación entre ambos tipos de fenómenos. Las crisis emocionales tienen lugar sin el consentimiento o incluso contra la voluntad del sujeto; las personas que pasan por una crisis emocional han "perdido el control". Aparentemente, algo de naturaleza más arcaica ha sustituido al yo normal; y no hay duda de que los niños y las personalidades infantiles son más inestables desde el punto de vista emocional.

Tales crisis tienen lugar como respuesta: a) a estímulos extraordinariamente intensos, cuya magnitud explica la insuficiencia temporaria del aparato normal de control del yo; en este caso, los ataques emocionales parecen ser una especie de control de emergencia que ocupa el lugar del control normal del yo; o b) a estímulos ordinarios, cuando en el organismo prevalecen ciertas condiciones. El ejemplo más simple es la ira desplazada. Un leve factor precipitante provoca un acceso de rabia si en el organismo existe una predisposición a ello, basada en una experiencia previa que no proporcionó a esta tendencia un medio de expresión. En general, el organismo tiende a las regresiones emocionales cuando se encuentra en un estado de tensión. Es por ello que una reacción emocional indebidamente intensa debe considerarse, por lo general, como un "derivado" de algo que fue previamente sofocado. En resumen, las crisis emocionales se producen cuando el control normal del yo se ha hecho relativamente insuficiente, debido a a) un aflujo de excitación demasiado grande, o b) a un bloqueo previo de la salida (191, 440, 697, 1013, 1021).

Esta definición es idéntica a la que ya dimos para los síntomas neuróticos. Estos últimos son también fenómenos de descarga que se producen sin el consentimiento del yo, y cuando se analizan también sus factores precipitantes, se descubre ya sea un aumento en el aflujo de excitación (neurosis traumáticas), o actividades defensivas del yo que habían bloqueado previamente la descarga, conduciendo así al organismo a un estado de tensión (psiconeurosis). Así, pues, la causa de las crisis emocionales y de los síntomas neuróticos es esencialmente la misma: una insuficiencia relativa en el control del yo, ya sea por un aumento en el aflujo o un bloqueo en la descarga. Tanto los ataques emocionales como los síntomas neuróticos son sustitutos parciales, de una naturaleza más arcaica, de la motilidad normal del yo. Podría decirse de los síntomas neuróticos que son una especie de crisis afectivas "estructuradas dentro de la personalidad". La diferencia radica en la naturaleza del sustituto. En la neurosis, el sustituto está subjetivamente determinado por la historia del individuo. En el afecto, el sustituto está

objetivamente determinado; el síndrome es más o menos el mismo en los distintos individuos y es causado por reacciones nerviosas producidas químicamente; de dónde provienen exactamente, no lo sabemos. La impresión de que existe una semejanza general entre las crisis emocionales y las neuróticas indujo a Freud, después de haber descubierto el determinismo histórico del ataque histérico, a buscar también un determinismo histórico en el síndrome de angustia (618).

La similitud entre los síntomas neuróticos y los ataques emocionales parece menos notable en el caso de los síntomas compulsivos. Sin embargo, éste es menos primitivo que otros síntomas neuróticos; no es una simple irrupción de las fuerzas reprimidas. Del mismo modo, no todos los afectos tienen un carácter de crisis súbitas; los síntomas compulsivos son comparables a tensiones afectivas, tales como la aflicción. Si un síntoma conversivo corresponde a una explosión de rabia o de excitación sexual incoercible, el síntoma compulsivo es comparable al "trabajo" del duelo, de carácter más paulatino. Tanto la compulsión como el duelo representan una elaboración secundaria de la tendencia original a la descarga tempestuosa.

Las psiconeurosis son, esencialmente, el resultado de un conflicto entre las exigencias instintivas y las fuerzas defensivas del yo. Esta noción nos señala la mejor manera de ordenar una teoría de las neurosis. Deberán estudiarse: *a)* el yo en su función de defensa y su desarrollo, *b)* los instintos y su desarrollo, *c)* los tipos de conflictos entre los unos y el otro, sus motivos, métodos y manifestaciones, y *d)* las consecuencias de esos conflictos, o sea las neurosis propiamente dichas.

No es posible separar, sin embargo, uno de otro, estos cuatro puntos, de una manera estricta; están demasiado íntimamente entrelazados. Tendremos que ocuparnos repetidamente de los mismos hechos, y considerarlos desde ángulos diferentes. Las relaciones recíprocas entre el yo y el ello hacen necesaria una subdivisión del capítulo del yo; primeramente nos ocuparemos de los primeros estadios del desarrollo del yo, a continuación, del desarrollo de los instintos, y sólo entonces, del desarrollo posterior del yo. A la exposición del desarrollo psíquico precederá un corto capítulo sobre el método psicoanalítico de investigación.

CAPÍTULO III

EL METODO PSICOANALITICO

GENERALIDADES

Las páginas que siguen no constituyen una exposición de la técnica psicoanalítica ni una explicación del procedimiento terapéutico. Lo primero escapa al alcance de este libro y lo segundo será tratado más adelante (capítulo XXIII). Solamente presentaremos algunos hechos básicos relativos al método científico utilizado para el logro de los descubrimientos psicológicos y psicopatológicos que serán objeto de nuestro estudio (cf. 748, 779).

Hoy es tarea fácil exponer los principios del método psicoanalítico. Históricamente, fueron desarrollándose en forma gradual, por imperio de las necesidades de la práctica psicoterápica (188). Toda nueva adquisición, por pequeña que fuera, en materia de método, fue un punto de partida para nuevos descubrimientos, los que a su vez pudieron ser nuevamente utilizados para perfeccionar dicho método. Actualmente es posible justificar el método explicando sus bases teóricas, pero, en realidad, la teoría no precedió al método; por el contrario, se estableció con la ayuda de éste.

LA REGLA BASICA

La labor de la psicología dinámica consiste en reconstruir, partiendo de ciertas manifestaciones dadas, la constelación de fuerzas que dio origen a esas manifestaciones. Tras el cambiante cuadro manifiesto, encontramos sus fundamentos dinámicos: impulsos que tienden a la descarga y fuerzas inhibitorias de rechazo. Los primeros esfuerzos del analista están dirigidos a eliminar los obstáculos que impiden una expresión más directa de dichas fuerzas, lo que trata de conseguir por medio de lo que se llama la regla básica. Se pide al sujeto que, sin hacer selección alguna, diga todo aquello que pasa por su mente.

Para comprender el significado de esta regla debemos recordar como actúa en su vida cotidiana una persona que no se ajusta a la misma. Sus impulsos hacia la palabra o la acción están determinados por *a)* estímulos externos de toda índole, a los que reacciona; *b)* su estado físico, que da origen a estímulos internos y determina la intensidad y modalidad de las

impresiones producidas por los estímulos externos; c) ciertos fines conceptuales, el pensamiento de lo que desea hacer o decir, que le hacen eliminar todo aquello que no atañe al tema, y d) los derivados de todos los impulsos rechazados que pugnan por encontrar una descarga.

El psicoanalista quiere comprender el último grupo de causas y con este propósito trata de excluir los tres primeros hasta donde esto es posible, con el fin de que dicho grupo pueda ser reconocido más fácilmente. Durante la sesión analítica los estímulos externos se reducen a un mínimo y se mantienen relativamente constantes.

En sus primeros tiempos, Freud pedía incluso a los pacientes que cerraran los ojos con el fin de eliminar las percepciones visuales que podían distraerlos (543, 544). Pero más tarde se descubrió que el peligro de inducir al paciente a aislar el procedimiento analítico "cerrando los ojos a la realidad" era generalmente mayor que la posible ventaja.

Un estado físico agudo extraordinario, como el dolor, el hambre, o el peligro real de algo inminente, es realmente un obstáculo para la afloración de asociaciones útiles, ya que relega a segundo plano la producción de derivados.

Un paciente acostumbraba soñar exclusivamente con comida, y el análisis al parecer no progresaba. Resultó que el sujeto no tenía, en realidad, bastante alimento. Cuando consiguió un trabajo, desaparecieron sus sueños "orales" y el psicoanálisis continuó normalmente.

El objeto principal de la regla básica es la eliminación del tercero de los factores perturbadores, el grupo c) (los fines conceptuales conscientes del yo). Cuando los fines conceptuales selectivos del yo son eliminados, aquello que se expresa está determinado, sobre todo, por las tensiones y los impulsos internos del sujeto que esperan la oportunidad de expresarse.

El analista trata de enseñar al paciente a eliminar los fines conceptuales y a no seleccionar las cosas que dice. En realidad, el enfermo no debe ser activo en absoluto; su única labor consiste en *no impedir* la expresión de los impulsos que surgen en su interior.

"Decirlo todo" es mucho más difícil de lo que uno se imagina. Incluso aquel que concienzudamente trata de someterse a la regla básica, deja de decir muchas cosas por considerarlas demasiado triviales, tontas, indiscretas, etc. Muchos no aprenden jamás a aplicar la regla básica porque su temor a perder el control es demasiado grande y no son capaces de expresar nada sin examinarlo previamente, para ver exactamente de qué se trata.

Así, pues, no es tan fácil para el inconsciente hallar su expresión por el simple hecho de tratar de obedecer a la regla básica. Es cierto que esta regla elimina millares de fines conceptuales de la vida cotidiana, pero no puede hacer otro tanto con las fuerzas "de rechazo" pertenecientes al yo. Aun en el caso de que fuera posible suprimir todo pensamiento inspirado en un propósito y concentrarse en aquello que surge en forma espontánea, no encontraríamos tampoco —en su pureza— los impulsos que buscan una

descarga. Precisamente las resistencias más poderosas y profundas, es decir, aquellas que tuvieron origen en la infancia y que están dirigidas contra las explosiones instintivas inconscientes, no pueden ser despojadas de su existencia por el solo hecho de haber convenido en decirlo todo. En consecuencia, las ocurrencias de un paciente que sigue la regla básica no son un mero reflejo del inconsciente que ahora se hace consciente. El cuadro que se presenta es más bien el de una lucha entre ciertos impulsos inconscientes (que en el análisis se revelan de una manera relativamente más clara que en la conversación ordinaria) y ciertas resistencias del yo, que son asimismo inconscientes para el sujeto o sólo se le hacen visibles después de haber sufrido una deformación. Es posible reconocer en las expresiones del paciente cuándo éste se acerca más a una expresión "genuina", o se aleja más de ella, sin deformaciones.

LA INTERPRETACION

Ahora bien, ¿qué hace el analista? 1) Ayuda al paciente a eliminar sus resistencias lo más posible. Aunque puede utilizar diversos medios, lo que fundamentalmente hace el analista es llamar la atención del paciente, que ignora por completo sus resistencias o que sólo las percibe en un grado insuficiente, sobre los efectos de las mismas. 2) Sabiendo que las ocurrencias del sujeto son en verdad alusiones a otras cosas, el psicoanalista trata de deducir lo que hay tras de esas alusiones y suministrar esta información a su paciente. Cuando existe una distancia mínima entre la alusión y aquello a que se alude, el analista proporciona al sujeto las palabras necesarias para que éste exprese los sentimientos que están a punto de emerger a la superficie, facilitando así su afloración a la conciencia.

Se llama interpretación este método de deducir lo que el paciente realmente tiene en su ánimo y comunicárselo. Dado que el hecho de que interpretar significa ayudar a que algo inconsciente se haga consciente, señalándolo en el momento en que pugna por abrirse camino, las interpretaciones eficaces sólo pueden hacerse en un punto específico, es decir, aquel sobre el cual se centra momentáneamente el interés del sujeto. La posibilidad de experimentar los impulsos instintivos infantiles verdaderamente "chocantes" es tan lejana que, desde luego, la interpretación no se refiere en un principio a ellos, sino más bien a sus derivados. Las actitudes defensivas son más accesibles a la capacidad de comprensión del paciente, y en consecuencia son las que se interpretan primero.

Se ha preguntado por qué no es posible aplicar los conocimientos teóricos acerca del contenido y los mecanismos de las neurosis, para acortar el largo lapso que desgraciadamente requiere el psicoanálisis. Si se sabe que la causa de una neurosis es el llamado complejo de Edipo, ¿por qué no decirle al paciente inmediatamente que ama a su madre y desea matar a su padre, curándolo así con esta información? Hubo en un tiempo una escuela pseudo-psicoanalítica relativamente numerosa, que sostenía la necesidad de "bombardear" al paciente con "interpretaciones profundas" (1479); e incluso la literatura psicoanalítica contiene afirmaciones en el sentido de que una

rápida "interpretación profunda" puede vencer la angustia del paciente (958). Los esfuerzos de esta índole resultan necesariamente infructuosos. El paciente no preparado no puede, en modo alguno, relacionar las palabras que oye de su analista con sus vivencias emocionales. Una tal "interpretación" no interpreta absolutamente nada.

Incluso la simple información de que algo lucha en su interior, oponiéndose a que se atenga a la regla básica, tiende a hacer descubrir al paciente algo de sí mismo que antes ignoraba. Una interpretación que llama la atención del enfermo sobre algo que hasta ese momento pasaba desapercibido, actúa como el profesor de histología que explica a sus alumnos lo que han de ver en el microscopio. Desde luego, no sólo es la falta de experiencia lo que impide al analizado percatarse de su actitud. Hay poderosos motivos que determinan su resistencia a saber.

En realidad, las resistencias no son atacadas tan sólo por medio de la interpretación; también existen otros medios de inducir a una persona a hacer algo que le resulta desagradable. El analista trata de convencer al paciente de la necesidad de la desagradable labor, y utiliza los sentimientos amistosos del paciente para con él. No obstante, siempre que es posible, se utiliza la interpretación. La percepción de las palabras del analista, unida a la presencia preconscious del derivado *in statu nascendi*, modifican el conflicto dinámico entre la defensa y los impulsos rechazados, en favor de estos últimos, y el sujeto es capaz de tolerar nuevos derivados, menos deformados. La interpretación divide el yo en dos partes: una que observa y otra que "vivencia", de modo tal que la primera puede juzgar el carácter irracional de la segunda.

¿Cómo puede el analista saber a qué aluden realmente las palabras del paciente? Las resistencias han deformado las ocurrencias del sujeto hasta el punto de hacerlas irreconocibles. El trabajo interpretativo del analista consiste en anular y retrotraer la deformación causada por las resistencias. Esta labor de reconstrucción ha sido acertadamente comparada, a menudo, a la interpretación de los hallazgos arqueológicos. Es más fácil de demostrar en los casos de errores, *lapsus linguæ* y sueños, que en las neurosis *in toto* (553).

LOS ARTIFICIOS DE DEFORMACION

La deformación se produce de muchas maneras. Vamos a enumerar algunos de los artificios utilizados:

1. Pueden faltar ciertos eslabones en las asociaciones del paciente, que al ser examinados revelan estar relacionados con afectos, recuerdos específicos o, más comúnmente, con actitudes específicas que cabe esperar en ciertas situaciones. Cuando el analista observa estas soluciones de continuidad, reconoce en ello la actividad del yo defensivo, y sus tijeras al servicio de las fuerzas censoras.

2. Los afectos que en cierto momento fueron coartados se expresan en algún otro sentido. Si un hombre está obligado a tragarse la rabia contra su

jefe, puede fácilmente encolerizarse con su mujer. Por consiguiente, cuando el analista observa que un afecto es desproporcionado en relación con una situación dada —por ser demasiado fuerte o cualitativamente diferente— sabe que tiene que habérselas con un derivado de alguna otra cosa.

3. No siempre se trata de afectos que hacen el papel de "sustitutos"; la deformación puede consistir, igualmente, en la sustitución de una idea por otra asociativamente vinculada a ella. Todo aquello que el paciente expresa, no sólo con palabras, sino también con movimientos, actitudes, errores, puede ser una alusión a algo diferente. Los vínculos asociativos son de diversa índole. Las alusiones y lo aludido pueden tener características comunes o similares. Lo que se dice y su verdadero significado pueden representar diferentes partes de un mismo conjunto. Mientras el analista desconoce este conjunto, no está en condiciones de conjeturar el verdadero significado. Cuanto más conoce el analista la historia de su paciente, tanto más puede comprender. Es especialmente frecuente en los síntomas neuróticos que sólo resulten comprensibles a través de sus conexiones históricas. Dado que el inconsciente tiende continuamente a expresarse, la mejor manera que tiene el analista de descubrir los significados que busca es tratar de hallar un factor común a las diversas ocurrencias del paciente. Con frecuencia son las relaciones, o la contradicción, entre las diversas afirmaciones del paciente, o bien entre sus palabras y sus gestos, o entre sus palabras y sus sentimientos, lo que pone al analista sobre la verdadera pista. A veces es cabalmente la forma en que el paciente relata algo, o experimenta algo, lo que debe ser interpretado, por sí mismo, como expresión de un pensamiento inconsciente específico. Hay que hacer notar, igualmente, que existe un depósito común de expresiones que sirven al objetivo de falsear los significados, del que todos participamos: el simbolismo.

Desde luego, la labor interpretativa del analista no consiste en detenerse a examinar cada ocurrencia del paciente, diciéndose: "¿Habría omitido algo en este momento? ¿Es esta observación del paciente tan sólo un fragmento de alguna serie completa de pensamientos? Tal vez debiera yo encontrar en ello alguna vinculación histórica. ¿Qué relación existe entre la ocurrencia del paciente y lo que éste me dijo ayer, o hace cinco minutos? ¿Está la expresión facial del paciente en armonía o en contradicción con lo que me está diciendo? ¿Lo que acaba de mencionar figurará en la lista de símbolos de Freud? ¿Es el afecto proporcionado a la ocurrencia?", y así por el estilo. Mientras el analista estuviera considerando todos estos puntos, el paciente ya habría continuado con alguna otra cosa. No. Descubrir lo que el paciente siente realmente no supone el análisis consciente de todos los posibles falseamientos, sino una gran empatía con la personalidad del paciente. El instrumento que usa el analista en la realización de esta parte de su labor es su propio inconsciente.

¿Admitir esto significa negar el carácter científico del método psicoanalítico? ¿Cómo puede saber verdaderamente el analista, puesto que trabaja con su intuición, si aquello que ha conjeturado es en realidad correcto? La respuesta a esta pregunta puede ser postergada por el momento.

Una interpretación, como ya se ha dicho, sólo puede ser efectiva si se hace en el momento en que la distancia entre lo que se dice y lo que en verdad se siente es mínima. ¿Cómo puede saber el analista cuándo debe interpretar? Debe estar constantemente advertido de la intensidad de las resistencias que actúan en cada momento dado.

TIPOS DE RESISTENCIAS

Las resistencias se expresan en múltiples formas. Todo aquello que impide al sujeto producir material derivado del inconsciente es una resistencia. Es imposible reducir a un cuadro las diversas formas en que puede expresarse una resistencia. El paciente puede dejar de hablar, o hablar tanto que no pueda deducirse de sus ocurrencias un factor común. Lo que dice parece desviarse cada vez más de lo que realmente siente, parece ser más bien extensivo que profundo.

Si a un paciente le llamamos la atención sobre esto, puede replicar: "Usted me pidió que dijera todo lo que pasara por mi mente. Si mis asociaciones tienden a extenderse en todas direcciones ¿debo abandonar por ello la regla básica del análisis?" La contestación es fácil: El paciente debe seguir la regla básica tan fielmente como le sea posible; pero si, a pesar de ello, no es posible descubrir ningún factor común, el análisis se está enfrentando con un problema previo, que debe ser reconocido antes de poder suponer fundadamente qué es lo que está tratando de expresarse: ¿Por qué las asociaciones del paciente se extienden en todas direcciones? Ambos, analista y paciente, deben cooperar con el fin de descubrir por qué el segundo expresa sus resistencias en esa forma específica.

El paciente puede olvidar ciertas cosas, sucesos importantes del día anterior o algo que ya ha sido tratado en su análisis. Puede criticar todo comentario del analista; sentirse hostil o incómodo.

El fin del análisis consiste en demostrar al paciente la presencia de perturbadoras reminiscencias del pasado, en sus sentimientos y reacciones actuales; es decir, vincular el presente con el pasado. Existe, por ello, una forma particular de resistencia del paciente, que consiste en hablar solamente del presente, negándose a ver el pasado; en la forma inversa de resistencia, el paciente habla solamente de sus recuerdos infantiles y se niega a ver cómo el contenido de esos recuerdos encuentra su representación en la realidad presente.

El análisis tiene la misión de enfrentar al yo razonable del paciente con las emociones irracionales que actúan dentro de su personalidad. Por lo tanto, cierta forma de resistencia consistirá en que el paciente sea siempre razonable, rehusándose en absoluto a comprender la lógica de las emociones; en la forma inversa de resistencia, el paciente flota continuamente entre vivencias emocionales poco claras, sin alcanzar la distancia y la libertad necesarias para poder observar racionalmente esas vivencias.

Todas éstas son formas de resistencia fáciles de reconocer como tales. Hay otras, en cambio, que actúan en forma mucho más secreta. Por ejemplo,

un paciente puede estar haciendo en apariencia una buena labor analítica; puede realizar progresos en la comprensión de las fuerzas que actúan dentro de él, percibir relaciones y sacar a la luz nuevos recuerdos infantiles, sin que se produzca, no obstante, modificación alguna en su neurosis. Esto puede deberse a la acción de resistencias ocultas de diversa índole. Cierta actitud del paciente que en sí misma no haya sido analizada puede anular el efecto del análisis. Puede tener, por ejemplo, un sentimiento de duda: "Todo esto sería muy bonito si fuera cierto, pero a mí no me consta que lo sea". O bien el paciente ha comprendido lo que le muestran sus asociaciones y las interpretaciones del analista, y sin embargo, este conocimiento permanece totalmente separado de su vida real. Es como si el paciente se dijera: "Esto sólo es válido mientras estoy acostado en el diván". O un paciente puede aceptar todo aquello que su analista le dice, simplemente por cortesía; pero es precisamente esta cortés actitud la que lo protege de la necesidad de revivir plenamente sus conflictos instintivos, y que, por consiguiente, debe ser analizada. Hay resistencias intelectuales en las cuales los pacientes tratan de refutar el valor teórico del psicoanálisis, en lugar de tratar de esclarecer su propia vida psíquica. Pero existen también resistencias intelectuales del tipo opuesto; algunos pacientes se tornan entusiastas defensores del psicoanálisis para evitar aplicarlo a sí mismos.

Una resistencia aguda dirigida contra la discusión de un tópico particular, es mucho más fácil de manejar que las "resistencias caracterológicas". Estas últimas consisten en actitudes que el paciente ha ido creando previamente con el fin de mantener sus represiones y que ahora manifiesta hacia el analista. Es necesario destruir tales actitudes, para que resulte posible levantar las represiones.

LA TRANSFERENCIA

El repetir hacia el analista actitudes previamente adquiridas no es más que uno de los tantos ejemplos del tipo de resistencia más significativo, y cuyo manejo constituye la esencia del análisis: la resistencia de transferencia. La comprensión de los contenidos del inconsciente del sujeto partiendo de las ocurrencias de éste es relativamente la parte más sencilla de la labor del analista; el manejo de la transferencia constituye la parte más difícil.

Parece muy natural que en el curso de un tratamiento analítico el paciente exteriorice fuertes afectos. Éstos pueden surgir en forma de ansiedad o de alegría, como un aumento de la tensión interna más allá del límite de lo soportable, o bien como un sentimiento feliz de completo relajamiento. También pueden exteriorizarse en forma de sentimientos específicos hacia el analista: un amor intenso, porque el analista está ayudando al paciente, o un odio amargo, porque le obliga a pasar por experiencias desagradables. Pero el problema se complica más cuando el afecto de un paciente se halla en contradicción con lo que está sucediendo en el análisis, como, por ejemplo, cuando el paciente odia al analista porque éste le está ayudando, o lo ama porque le impone una restricción desagradable. El problema se complica más aún cuando evidentemente el paciente interpreta la situación real en forma

errónea, odiando o amando a su analista por algo que, a juicio de este último, no existe. Esta falsa interpretación de la situación psicoanalítica real es algo que ocurre regularmente en casi todos los análisis. Freud se sintió sorprendido, al comienzo, al tropezar con este fenómeno (577); actualmente los descubrimientos de Freud hacen fácil su comprensión teórica. La situación analítica estimula el desarrollo de derivados de lo reprimido, al mismo tiempo que vemos actuar una resistencia contra lo reprimido. Los derivados pueden hacer su aparición como necesidades emocionales muy concretas dirigidas a la persona que acierta a encontrarse presente. La resistencia falsea el sentido real de las situaciones. El paciente interpreta erróneamente el presente en términos del pasado; y luego, en lugar de recordar el pasado, y sin reconocer la naturaleza de sus actos, tiende a vivirlo nuevamente y a hacerlo esta vez en forma más satisfactoria que en la infancia. "Transfiere" al presente actitudes del pasado.

En el psicoanálisis la transferencia tiene un doble aspecto. Fundamentalmente debe ser considerada como una forma de resistencia. El paciente se defiende volviendo a vivir sus conflictos infantiles, para no recordarlos y discutirlos. Los actos transferenciales (dado que el objeto no está bien elegido y la situación no es la adecuada) sirven para falsear el sentido de las situaciones originales, con lo que la descarga obtenida es necesariamente insuficiente. Al buscar la satisfacción inmediata de los derivados, en lugar de enfrentarse con los impulsos originales, el analizado intenta hacer uso de un sustitutivo (en forma de corto circuito) para sus impulsos reprimidos. Por otro lado, la transferencia ofrece al analista una oportunidad única de observar directamente el pasado de su paciente y comprender así el desarrollo de los conflictos de éste.

También en la vida cotidiana existen situaciones transferenciales. La interpretación de las experiencias a la luz del pasado constituye un rasgo humano de carácter general. Cuanto más pugnan los impulsos reprimidos por hallar una expresión en forma de derivados, tanto más se dificulta la valoración correcta de las diferencias entre presente y pasado, y mayor es el componente transferencial en la conducta de una persona. Pero la peculiar situación psicoanalítica favorece el establecimiento de la transferencia de dos maneras: 1) El medio ambiente al que el paciente reacciona posee un carácter relativamente uniforme y constante, haciéndose, en consecuencia, mucho más pronunciado el componente transferencial en las reacciones. 2) En tanto que los demás reaccionan, en otras situaciones, a las acciones y palabras de una persona —provocando así nuevas reacciones y creando nuevas realidades, todo lo cual oscurece el carácter transferencial del acto original— del analista, por el contrario, no parte ninguna provocación real al paciente y su única respuesta a los arranques afectivos de éste es hacerle advertir su propia conducta. De este modo, se hace más patente el carácter transferencial de los sentimientos del paciente. La reacción del analista hacia la transferencia es la misma que ante cualquier otra actitud del paciente: interpreta. Ve en la actitud del paciente un derivado de impulsos inconscientes y trata de demostrárselo así al propio paciente.

En la práctica esta labor es mucho más difícil que cualquier otro tipo de interpretación. Si el analista se comporta como se comportaron los padres del paciente, no le será posible ayudar a este último, ya que entonces se repetiría simplemente lo ocurrido en la infancia del sujeto. Y si adopta la actitud opuesta, tampoco le será posible curar al paciente, ya que entonces no haría más que satisfacer los deseos resistenciales de éste. No debe hacer, por lo tanto, ni lo uno ni lo otro. Si el analista se sintiera halagado por el amor del paciente y respondiera en consonancia con ello, o se sintiera herido por los sentimientos hostiles del paciente —en una palabra, si reaccionara a los efectos del sujeto con "contra-afectos"—, no podría interpretar con éxito; porque el paciente podría responder a las interpretaciones con algo semejante a: "No, yo no lo odio o lo amo a causa de tendencias amorosas y hostiles no resueltas de mi pasado, sino porque usted se ha comportado realmente de una manera odiosa o digna de amor".

Hay varias razones por las cuales los institutos psicoanalíticos exigen que todos los analistas, a su vez, sean previamente analizados. Una de ellas es que en los cursos sobre psicoanálisis no es posible llevar a cabo demostraciones clínicas, de modo que el futuro analista sólo puede aprender la técnica analítica mediante la experiencia personal. Otra razón es que las represiones del propio analista podrían hacerle pasar por alto ciertas cosas de su paciente, o ver otras en forma exagerada, con lo que adulteraría su significado. Pero hay una tercera razón que es mucho más importante. No es fácil afrontar los innumerables y variados afectos con que los pacientes acribillan al analista, sin reaccionar afectivamente a ellos, sea consciente o inconscientemente. Las tendencias inconscientes del analista a expresar sus impulsos amorosos y hostiles no resueltos, reaccionando a la transferencia con una contratransferencia, deben, pues, ser eliminados por medio de un análisis didáctico.

El trabajo interpretativo sistemático y consecuente, tanto dentro como fuera del marco de la transferencia, puede ser descrito como una educación del paciente tendiente a que éste vaya produciendo derivados cada vez menos deformados, hasta que puedan reconocerse sus conflictos instintivos básicos. Desde luego, esto no es una operación única, resultante de un acto único de abreacción; es, por el contrario, un proceso crónico, de elaboración minuciosa, que muestra al paciente, una y otra vez, los mismos conflictos y la forma en que él reacciona habitualmente ante ellos, pero todo esto desde nuevos ángulos y en aspectos siempre diferentes.

CRITERIO PARA JUZGAR LA EXACTITUD DE LAS INTERPRETACIONES

Hemos postergado hasta ahora el problema acerca de cómo el analista sabe que sus interpretaciones son exactas. Una objeción corriente que se hace al psicoanálisis es que las interpretaciones son arbitrarias, que el analista proyecta en mayor o menor grado sus propias fantasías sobre el paciente. Se le acusa de facilitarse bonitamente la tarea; si el paciente dice "sí" a una interpretación, esto se toma como una prueba de la validez de la misma;

si dice "no", demuestra con ello una resistencia a la interpretación, prueba segura, una vez más, de su validez. En cuanto a la certidumbre científica, sencillamente no hay prueba de que exista.

¿Cuál es la verdadera situación? De hecho, es exacto que un sí del paciente se acepta habitualmente como una confirmación y que, en ciertas circunstancias, un no no se considera una refutación. Freud llamó, muy acertadamente, la atención sobre una situación análoga: la del juez (596). La confesión de un acusado es considerada generalmente como una prueba de su culpabilidad, aunque en casos excepcionales la confesión puede ser falsa; pero una negativa por parte del acusado no es, de ningún modo, una prueba de inocencia. La diferencia entre el acusado y el paciente psicoanalítico consiste simplemente en que el primero oculta conscientemente la verdad, en tanto que el segundo lo hace inconscientemente.

De aquí que ni un sí ni un no, como réplica a una interpretación, constituyen un criterio definitivo para juzgar de la validez de la misma. Se trata más bien de la manera en que son expresados el sí o el no. Ciertamente, hay una clase de no que sólo representa un último intento de mantener una actitud que se ha hecho insoportable. Hay diversos signos mediante los cuales un paciente revela, inmediatamente después de haber proferido el no, que ha sido afectado interiormente por la interpretación y que siente que aquello sobre lo que le ha llamado la atención el analista existe realmente en su interior. Pero se puede decir que, en general, una interpretación que provoca la objeción del paciente es falsa. Esto no significa necesariamente que sea falso su contenido, que, por ejemplo, el impulso que el analista ha supuesto en el paciente y ha puesto en conocimiento de éste no ha actuado jamás. La interpretación puede ser correcta en cuanto al contenido, pero dinámica o económicamente incorrecta; es decir, que ha sido hecha en un momento en que el paciente no podía captar su validez o avanzar gracias a ella.

El paciente, en ocasiones, puede simular un sí por cortesía, negligencia o temor a las consecuencias de una contradicción, o bien por algún otro motivo, a la par que demuestra, con su conducta, que interiormente está diciendo no.

Para expresarlo de otro modo, no es cuestión de las palabras que el paciente emplea para responder a la interpretación. Al hacer una interpretación, el analista está tratando de interferir con la interacción dinámica de las fuerzas, de modificar el equilibrio en favor de lo reprimido que pugna por conseguir una descarga. El grado en que se produce realmente esta modificación es el criterio para juzgar de la validez de una interpretación. Son las reacciones del paciente, en su integridad, las que dan la respuesta, no el primer sí o no. Una interpretación válida determina un cambio dinámico, que se manifiesta en las asociaciones subsiguientes del paciente y en la totalidad de su conducta.

Freud comparó cierta vez el psicoanálisis a un rompecabezas donde se trata de reconstruir todo un cuadro mediante sus diferentes fragmentos (550). No hay sino una solución correcta. Mientras ésta no se descubre, se podrán reconocer, quizá, fragmentos aislados, pero no existe un con-

junto coherente. Cuando se ha dado con la solución correcta, no hay duda de su exactitud, porque cada trozo encaja en el conjunto total. Una solución definitiva revela una coherencia unificadora, en la cual cada detalle, anteriormente incomprensible, encuentra su lugar. E igualmente, antes de que se haya alcanzado esta feliz solución, los cambios económicos-dinámicos en el estado del paciente determinan, en forma decisiva, si la conducta del analista es o no adecuada.¹

¹ Muchos problemas que apenas se tocan en este capítulo se exponen con cierta amplitud en (438).

B. EL DESARROLLO MENTAL

CAPÍTULO IV

LOS COMIENZOS DEL DESARROLLO MENTAL: EL YO ARCAICO

LAS PRIMERAS FASES DEL DESARROLLO: LAS DIFICULTADES METODOLOGICAS DE SU INVESTIGACION

En contraste con la tempestad de afectos, o acceso emocional, donde los fenómenos tienen su causa en factores biológicos y filogenéticos, los fenómenos de la neurosis se hallan condicionados por la historia del individuo. Dado que la perduración de estadios anteriores del desarrollo, o la regresión a los mismos, es una característica de las neurosis, éstas no podrán ser comprendidas sin un conocimiento cabal de estos primeros estadios del desarrollo mental. En los próximos capítulos ofreceremos, por lo tanto, un breve y esquemático esbozo del desarrollo mental.

Las conclusiones referentes a la vida mental de los primeros años han ido surgiendo con suma lentitud del material obtenido en el análisis de adultos neuróticos. Estos descubrimientos fueron confirmados más tarde por la observación directa de los niños. Los fenómenos que menos se llegaron a aclarar fueron, necesariamente, los que corresponden a los primeros años de vida. Hay que tener en cuenta, en primer lugar, que no siempre resulta forzoso, para analizar y curar una neurosis, retroceder hasta los primeros años de vida; en segundo lugar, resulta cada vez más difícil aprehender las reacciones psíquicas a medida que se profundiza más en los períodos en que todavía no existe el lenguaje, y en que muchas funciones que más tarde aparecen separadas aún permanecen indiferenciadas entre sí. Las tentativas que se hacen para superar estos obstáculos mediante la observación directa de los niños, resultan difíciles antes de la aparición del lenguaje, ya que los datos que se obtienen por esa vía se prestan a diferentes interpretaciones psicológicas. Es grande la tentación de aplicar conceptos e ideas válidos para etapas más avanzadas de maduración a la conducta de los niños más pequeños. Parecen pasibles de esta crítica, en efecto, diversos estudios psicoanalíticos que se han hecho acerca de las primeras fases del yo. Pocos son los trabajos de observación sistemática del bebé realizados hasta ahora desde el punto de vista psicoanalítico (645, 671, 1300, 1301, 1302, 1303, 1596). Las observaciones

realizadas por psicólogos experimentales constituyen un aporte considerable (134, 714), pero estas investigaciones tratan el material, principalmente, desde un punto de vista diferente al del psicoanálisis.

El análisis de los psicóticos, con su regresión a las etapas primitivas del yo, enriquece en gran medida el conocimiento de estos primeros periodos. El análisis de psicóticos presta el mismo servicio para la comprensión de los comienzos del desarrollo psíquico que el que significó el análisis de neuróticos, con su retorno a la sexualidad infantil, para la comprensión de las etapas infantiles de la sexualidad. La psicosis no constituye, por supuesto, el único estado en que pueden observarse las regresiones del yo. También en las personas sanas las funciones arcaicas del yo reaparecen en los estados de intoxicación, de agotamiento, y especialmente en el momento de conciliar el sueño y en el despertar (726, 837, 1546).

LAS PRIMERAS ETAPAS

Las funciones mentales constituyen un aparato, cada vez más complicado, destinado a controlar los estímulos. Por consiguiente, las etapas más tempranas deberán ser comprendidas a través de las expresiones de "excitación" y "relajamiento", y solamente las etapas posteriores podrán ser descritas en términos más definidos y diferenciados.

El yo se torna diferenciado bajo la influencia del mundo externo. De una manera correlativa puede decirse que el recién nacido carece de yo. La criatura humana, al nacer, es más desvalida que los demás mamíferos. No puede vivir si no se cuida de él. Lluven sobre él innumerables estímulos que no puede controlar. No está en condiciones de trasladarse voluntariamente ni de distinguir entre la multitud de estímulos que le acosan. Nada sabe del mundo objetivo y carece aún de la capacidad de "ligar" la tensión. Se puede suponer que carece de una conciencia clara, y que posee, cuanto más, una sensibilidad indiferenciada al placer y al dolor, al aumento y disminución de tensión. Precisamente las funciones que más tarde formarán el yo y la conciencia son las que aún no se han desarrollado: la "aprehensión" del mundo externo (percepción), el dominio del aparato motor (motilidad) y la capacidad de fijar la tensión mediante contraccatexis.

Hay, naturalmente, también antes del desarrollo del yo, reacciones a los estímulos; lo que después serán las funciones del yo son llevadas a cabo de una manera indiferenciada por el organismo en su conjunto.

El origen del yo no constituye un proceso homogéneo. Comienza con el nacimiento (y acaso antes), y en un sentido estricto, no se completa nunca. En el momento de nacer el organismo emerge de un contorno relativamente tranquilo para entrar en un estado de abrumadora estimulación, con un mínimo de protección frente a los estímulos. Este estado de anegamiento por la excitación, sin un adecuado aparato de defensa, es lo que constituye, según Freud, el modelo de toda angustia ulterior (618).

Este anegamiento por la excitación ocasiona, probablemente, un acentuado displacer y provoca la primera tendencia mental, a saber, la tendencia a liberarse del estado de tensión. Cuando, con su ayuda, el mundo externo logra poner al bebé en condiciones de imponerse satisfactoriamente a tales estímulos, el pequeño se duerme. Nuevos estímulos, tales como el hambre, la sed o el frío, lo despiertan. En los primeros vestigios de conciencia no hay una distinción entre yo y no-yo, sino entre mayor o menor tensión. En este momento el relajamiento es cosa inseparable de la pérdida de conciencia. Si fuera posible que toda necesidad se viera inmediatamente satisfecha, probablemente no llegaría a crearse nunca un concepto de la realidad.

EL DESCUBRIMIENTO DE LOS OBJETOS Y LA FORMACION DEL YO

La vida del niño transcurre en una alternación del hambre (amén del frío y de otros estímulos perturbadores) y el estado de sueño. El hambre (y los estímulos perturbadores) conducen a un estado de tensión, y por ende a una tendencia a liberarse de la tensión. Ésta desaparece con la saciedad, para dar lugar a ese estado relativamente exento de estímulos que es el del sueño. Los primeros signos de representación de objetos deben tener su origen en el estado del hambre. Cuando aparecen los primeros comienzos claros de las ulteriores funciones del yo, la vaga noción de que el mundo externo deberá hacer algo para aplacar los estímulos conduce a crear en el bebé su primera ansia de objetos. Una relación objetual de este tipo primitivo sólo subsiste mientras dura la ausencia del objeto. Con la aparición de éste, esta ansia desaparece, para dar lugar al estado de sueño (425).

Antes de la aparición de este "primer objeto" el niño depende físicamente de aquellas personas gracias a cuyos cuidados se mantiene con vida. Pero estas personas no constituyen sus objetos, en un sentido psicológico, dado que el bebé no tiene conciencia del mundo externo, sino tan sólo de su propia tensión o relajamiento. La primera conciencia de un objeto tendrá que surgir de un anhelo de algo que ya le resulte familiar al bebé, algo que tiene la aptitud de gratificar necesidades y que en ese momento no está presente (507). La primera aceptación de la realidad no marca más que uno de los pasos conducentes precisamente a liberarse de ella. Aquí es donde vemos surgir una contradicción de capital importancia en la vida humana, la contradicción entre el anhelo de un relajamiento completo y el anhelo de estímulos (hambre de estímulos). El mecanismo más antiguo es necesariamente el de la búsqueda de descarga y relajamiento, expresión directa del principio de constancia. El hecho de que los objetos externos procuran al bebé el anhelado estado de satisfacción en un relajamiento acarrea la complicación que significa el desear los objetos, si bien es cierto que al comienzo los objetos son buscados solamente como instrumentos que provocan nuevamente su propia desaparición. El anhelo de los objetos comienza, pues, como un rodeo en el camino cuya meta es

librarse de los objetos (estímulos). Probablemente se refiere a esto la afirmación que a veces se oye de que el odio es más antiguo que el amor. Pero la verdad es que las primeras relaciones objetales no son ni odio ni amor, sino el precursor aún indiferenciado de lo uno y lo otro (79).

El origen del yo y el origen del sentido de la realidad no son más que dos aspectos de una misma etapa del desarrollo. Esto se halla implícito en la definición del yo como aquella parte de la psique que maneja la realidad (295, 700). El concepto de realidad crea también el concepto del yo. Somos individuos en la medida en que nos sentimos separados y distintos de los demás.

En la creación de la realidad, la idea del propio cuerpo desempeña un papel muy especial (608). Al comienzo no existe más que la percepción de una tensión, es decir, de "algo interior". Más adelante, cuando se advierte que existe un objeto destinado a aplacar esta tensión, tenemos un "algo exterior". El cuerpo propio constituye las dos cosas a la vez. A causa de la concurrencia de las sensaciones táctiles externas y los datos sensoriales internos, el cuerpo propio se transforma en algo diferente del resto del mundo y se hace posible distinguir entre lo que es uno mismo y lo que no es uno mismo. La suma de las representaciones psíquicas del cuerpo y de sus órganos, la llamada imagen corporal, constituye la idea del yo* (como opuesto al no-yo) y tiene una importancia básica para la ulterior formación del "yo propiamente dicho" (1372). La imagen corporal no coincide con el cuerpo, objetivamente considerado; así, por ejemplo, puede comprender la vestimenta y las extremidades alucinadas (521, 1612).

Un paciente neurótico obsesivo tenía una preocupación obsesiva por su vestimenta, la cual tenía que ser perfectamente adecuada, ya que de otro modo se sentía sumamente desdichado. Tenía una especie de hipocondría de la vestimenta. Resultó que lo que realmente le preocupaba era su bienestar físico. Algo que no andaba bien en la vestimenta quería decir algo que no marchaba bien en su cuerpo. La vestimenta formaba parte de su imagen corporal.

PERCEPCION PRIMITIVA E IDENTIFICACION PRIMARIA

El primer estado, en que no hay representación alguna de objeto, se llama narcisismo primario (585). Las primeras reacciones a los objetos reconocidos como tales comprenden muchos elementos que, integrados aún en una unidad, más tarde serán objeto de una diferenciación mayor. Estas reacciones son como reflejos, es decir, cada estímulo exige una respuesta

* El texto inglés dice *I* (como contrapuesto a *ego*), si bien la expresión usual para este concepto es *self*, que el autor usa dos líneas antes. La dificultad en la traducción estriba en el hecho de que el castellano no posee dos términos diferentes (para el concepto de yo) que correspondan respectivamente al *I* y el *ego* del inglés. Cuando se habla del *I* (o el *self*) se trata del yo como opuesto al no-yo (*uno mismo, autós, ipse*) mientras que el *ego* del inglés (que en este caso especial hemos traducido como "yo propiamente dicho") se refiere al yo como instancia psíquica y estructura. (T.)

inmediata, de acuerdo con el principio de la constancia. La entrada de estímulos y la descarga de estímulos, la percepción y la reacción motora permanecen extraordinariamente cercanas entre sí, inseparablemente entrelazadas. La percepción primitiva se halla precisamente caracterizada por ser sumamente cercana a la reacción motora. Percibir significa, en primer término, un cambio en nuestro cuerpo, por influencia del objeto percibido, y luego la toma de conocimiento de este cambio corporal. Muchas percepciones habitualmente consideradas como ópticas, en realidad son kinestésicas* (379, 1456). De una manera análoga, la investigación eidética ha demostrado que las primitivas percepciones ópticas se hallan ligadas** a reacciones motoras listas para la descarga (83). Igual cosa demuestra el hallazgo de actitudes motoras en las alucinaciones hipnagógicas e hipnópicas (837).

La vinculación original entre percepción y acto motor es demostrada también por Freud en su artículo titulado *Nota sobre el block maravilloso* (615). En esta nota Freud pone en claro el contenido activo de la función de percepción. Mientras el organismo es objeto de una intensa inundación de estímulos del mundo externo, lo sufre en forma pasiva. La estructuración de un aparato de percepción, junto con un aparato de protección contra los estímulos demasiado intensos, conduce a una transformación de la actitud pasiva en activa. Las percepciones se producen rítmicamente por la influencia, indudablemente, de las pulsaciones centrifugas (motoras) de las catexis, que pueden considerarse como una primera tentativa de control del mundo externo. Ésta es la base de la diferenciación de sistemas de percepción y sistemas de memoria (552), y el origen de una conciencia más diferenciada. Una vez completada esta diferenciación, el organismo se halla en situación de protegerse de la afluencia excesiva de estímulos mediante la interrupción de la función de percepción (917). El yo, que acaba de formarse, puede sumirse nuevamente en el ello. Esta aptitud puede observarse en el desmayo y en los síntomas de las neurosis traumáticas. Constituye claramente el modelo de todos los mecanismos ulteriores de defensa y puede ser aplicado tanto contra dolores internos como contra el displacer de origen externo. También la represión puede ser considerada como un bloqueo específico de la percepción de ciertas exigencias instintivas especiales. Un regreso del yo al ello, de otra índole, es el que se produce en el dormir.

Una importante función del yo es el fenómeno de la fascinación des-

* *Kinesthetic*, en el original. Traducimos sensaciones *kinestésicas* para referirnos a las "sensaciones que acompañan a los movimientos de cualquiera de los miembros o del cuerpo..." (Warren, *Dictionary of Psychology*), para distinguir así de las sensaciones *cenestésicas*, que traducen el estado general del organismo. (T.)

** *To bind (binding, bound)* significa atar (fijar, trabar) una energía que de otro modo se mantendría libre, disponible. Dado que *fijar, fijado, fijación*, se usan para otro concepto, muy importante en psicoanálisis, hemos optado por *ligar, ligado, ligazón*, a pesar de la otra connotación (de *vínculo*) que tiene este último término. En algunos casos ponemos energías *trabadas*, o *comprometidas*, para traducir el participio de *to bind (bound)*. (T.)

crito por Bernfeld (130). Un intento primitivo de control de los estímulos intensos consiste en la primitiva imitación (de parte del yo) de aquello que es percibido. La percepción, por un lado, y la modificación en el propio cuerpo, de acuerdo con lo que se percibe, por otro lado, son originariamente, al parecer, una y la misma cosa. Los pacientes de Goldstein con lesión cerebral pudieron compensar su alexia delineando las letras que veían con movimientos de cabeza, después de lo cual pudieron leer, al compenetrarse de sus sensaciones cenestésicas (704, 1476). Esta imitación primitiva de lo que es percibido constituye una especie de identificación y el hecho de hacerse cargo de ello origina la percepción.

Hay otra reacción primitiva a los primeros objetos, que se nos presenta en forma más simple y comprensible: es la del bebé que quiere ponerlos dentro de su boca. Es el hambre, con sus reiteradas perturbaciones de la paz del sueño, lo que ha obligado al reconocimiento del mundo externo. Más tarde la experiencia de la saciedad, que por primera vez elimina esta tensión, se convierte en el prototipo del control de los estímulos externos en general. La primera realidad es aquello que uno puede tragar. Reconocer la realidad significa originariamente juzgar acerca de si algo ayuda a lograr una satisfacción o bien provoca tensiones, es decir, si uno ha de tragarlo o escupirlo (616). Introducir-en-la-boca o escupir, he aquí la base de toda percepción; y en las situaciones de regresión se puede observar que, en el inconsciente, todos los órganos de los sentidos son concebidos como semejantes a la boca (420, 430).

Las reacciones primitivas de imitación de lo que es percibido y la introyección oral de lo que es percibido se hallan íntimamente vinculadas. La "identificación", en psicología normal y en psicopatología, da la impresión, como siempre lo destacó Freud (606, 608), de ser una represión, una identificación "secundaria", repetición de otra arcaica, de carácter "primario". El concepto de una identificación primaria denota que en realidad "introducir en la boca" e "imitar con propósitos de percepción" son una y la misma cosa y representan la primera de todas las relaciones de objeto. En esta identificación primaria la conducta instintiva y la conducta del yo no se hallan diferenciadas una de la otra. Todo es una misma cosa: el primer amor es objetal (oral), la primera reacción motora a los estímulos externos y la primera percepción (408). Las identificaciones desempeñan un papel importante en el proceso de estructuración del futuro yo, cuya naturaleza depende, por lo tanto, de la personalidad de aquellos que rodean al bebé (cf. 101). La imitación del mundo externo mediante la incorporación oral constituye también la base del primitivo modo de pensar, denominado mágico, del que nos ocuparemos más adelante.

Esta incorporación, que es la primera reacción a los objetos en general, y el precursor de las actitudes sexuales y destructivas posteriores, destruye (en un sentido psicológico) la existencia del objeto. La actitud basada en que el objeto existe solamente para la satisfacción del yo y puede desaparecer una vez que la satisfacción es alcanzada, puede observarse todavía en ciertas formas de amor de tipo infantil. Pero la existen-

cia de un fin de incorporación de los objetos, de parte del sujeto, no refleja necesariamente una tendencia destructiva hacia el objeto. Esta incorporación primaria constituye el molde de lo que más tarde va a convertirse en amor, o bien en odio destructivo, pero aún no es ni una cosa ni la otra. Un deseo exagerado de destrucción, que efectivamente aparece en algunos niños (es decir, donde no se trata simplemente de una proyección retroactiva, de parte de un paciente maniaco-depresivo, sobre la infancia) no se da en todo niño que hallamos al pecho de la madre. Se puede demostrar, desde luego, la existencia de tempranas pulsiones orales destructivas en casos patológicos, pero en las pulsiones orales del bebé normal no encontramos pulsiones tan altamente destructivas ni los correspondientes pronunciados temores de represalia. Es necesario no olvidar tampoco que la incorporación es tan sólo secundariamente destructiva, y que su carácter objetivamente destructivo está al servicio de propósitos subjetivos. Las primeras pulsiones hostiles hacia los objetos —con su carga de dolor, o de disminución de placer— no son las de tragarlos sino de escupirlos. Tampoco es seguro si el objeto que en un tiempo procuró satisfacción y más tarde niega la satisfacción, es reconocido por el yo primitivo como uno y el mismo objeto. Es más probable que al comienzo se formen ideas diferentes acerca de un objeto "bueno", que uno desea poseer tragándolo, y un objeto "malo", que uno desea escupir, y sólo más tarde desea destruir tragándolo. Falta definir aún si la incorporación primitiva ha de llamarse "ambivalente" y la ambivalencia de las emociones ha de ser descrita, en consecuencia, como "congénita". Es ambivalente en la medida en que contiene elementos de amor y odio futuros, y no es ambivalente en la medida en que el amor y el odio, como opuestos entre sí, aún no existen (707). Un impulso de lograr satisfacción sin consideración hacia el objeto (a causa de lo cual el objeto puede ser destruido) no es lo mismo que un impulso de destruir un objeto por motivos de odio.

Volvamos al estudio de la percepción. Las diferencias en las experiencias del bebé y del adulto tienen por consecuencia que uno y otro sientan el mundo de una manera diferente. Las observaciones hechas en psicóticos que han regresado a formas primitivas de percepción confirman el hecho de que sienten el mundo en una forma más vaga e indiferenciada. Los objetos no son necesariamente distinguidos en forma neta uno de otro, o del yo, o bien de partes del yo. Las primeras imágenes son muy amplias en extensión, abarcándolo todo, e inexactas. No se componen de elementos que luego han de ser reunidos, sino de unidades, conjuntos, en los que sólo más tarde se reconocen que contienen diferentes elementos. No sólo se mantienen inseparadas la percepción y la motilidad, sino que se superponen mutuamente las percepciones correspondientes a muchos órganos de los sentidos. Predominan los sentidos más primitivos, especialmente las sensaciones kinestésicas y los datos de la sensibilidad profunda (sensaciones propioceptivas).

La percepción infantil no es diferente solamente por su forma, sino también por los contenidos percibidos. Hermann llamó percepciones prima-

rias a las percepciones "que posee el niño pequeño, pero que desaparecen más tarde por razones de carácter interno o externo" (778). La naturaleza diferente de estas percepciones primarias se debe en parte a las características biológicas del niño. El mundo se le aparece al niño en una perspectiva completamente diferente a causa de lo reducido de su propia talla y a su diferente manera de sentir el espacio (134, 1147). Las características de la percepción arcaica derivan en su mayor parte de su carácter "no objetivo", de su naturaleza emocional. El mundo es percibido, de acuerdo con los instintos, como una posible fuente de satisfacción o una posible amenaza; los deseos instintivos y temores adulteran la realidad. Una percepción más objetiva presupone cierta distancia psicológica entre el yo que percibe y los datos de la percepción, un juicio sobre las fuentes de las sensaciones experimentadas, y más que eso, un juicio *correcto*, una capacidad de aprendizaje diferencial, siendo que las experiencias primitivas son sentidas aún como conjuntos indiferenciados que hacen su aparición repetidas veces. El principio de placer, es decir, la necesidad de una descarga inmediata, es incompatible con un juicio correcto, cuya base es la consideración y postergación de la reacción. El tiempo y la energía ahorrados por esta postergación son usados en la función del juicio. En los estados primitivos, el yo, todavía débil, no ha aprendido aún a postergar nada (575).

OMNIPOTENCIA Y AUTOESTIMA

El yo primitivo, en contraste con el yo más diferenciado, es considerado débil, es decir, impotente tanto en relación con sus propias necesidades como en relación con el mundo externo. Pero puesto que la separación psicológica del yo con respecto al mundo externo es aún incompleta, el yo, a causa de englobar dentro de sí mismo el mundo externo o partes del mismo, llega a sentirse omnipotente. Ferenczi habló de una primera omnipotencia ilimitada, que persiste todo el tiempo en que no existe una idea de los objetos. La limitación se produce con la experiencia de la excitación que no puede ser controlada y que conduce a movimientos incoordinados de descarga. Cuando estos movimientos son interpretados, por las personas que lo rodean, como una señal de pedido de un cambio de situación, el niño puede interpretar esta serie de hechos como una "omnipotencia de los movimientos" (457).

La separación del yo con respecto al mundo externo no es un proceso repentino sino gradual.

Es también, por supuesto, un proceso heterogéneo, ya que los encuentros (formativos del yo) con la realidad y con el propio cuerpo se producen en conexión con múltiples necesidades. El futuro yo tiene, por ello, múltiples "núcleos" (694, 695). Se forma un yo "final" por la integración sintética de estos núcleos, y en ciertos estados de regresión del yo es dado observar un desdoblamiento del yo en sus núcleos originarios.

Siempre quedan ciertos vestigios de la originaria situación anobjetal (878), o por lo menos una nostalgia de la misma "sentimiento oceánico" (622). La introyección es un intento de hacer fluir al interior del propio yo partes del mundo externo. La proyección, al colocar en el mundo externo las sensaciones displacientes, constituye también un intento de reversión de la separación entre yo y no-yo. Hay una etapa en el desarrollo en que todo lo desagradable es considerado no-yo y todo lo agradable es considerado como yo, y que Freud ha denominado el yo de placer puro* (588). El método más primitivo para librarse del dolor es el de "alucinar su desaparición", método que bien pronto se derrumba frente a la realidad. Más tarde el joven organismo trata de vincular al yo todos los estímulos placenteros y todos los displacientes al no yo. Más adelante se observan vestigios de esta fase del desarrollo en personas que sin ninguna duda reconocen como "suyas" todas las sensaciones corporales placenteras, pero dirigen reproches a sus órganos doloridos, como si no les pertenecieran. Muchos otros vestigios se conservan del mundo "transitivista" en general. Un ejemplo de eso lo hallamos en el niño que, cuando juega "a la escondida", cierra los ojos creyendo que así no podrá ser visto. La arcaica concepción animista del mundo, que se haya en una confusión del yo y el no-yo, encuentra en esto una ilustración; es una especie de identificación a la inversa. El mundo externo es percibido como poseyendo características del yo, del mismo modo que en la identificación primaria el yo es percibido como poseyendo características del objeto (265, 712, 802).

Cuando el niño es obligado por su experiencia a renunciar a la creencia en su omnipotencia, considera omnipotentes a los adultos, que ahora se han convertido en objetos independientes, y trata, mediante la introyección, de participar de nuevo en su omnipotencia. Ciertos sentimientos narcisísticos de bienestar se caracterizan por ser experimentados como el hecho de unirse a una fuerza omnipotente en el mundo externo, cosa que sería lograda ya sea por la incorporación de partes de este mundo o por la fantasía de ser incorporado por él ("narcisismo secundario") (608). El éxtasis religioso, el patriotismo y otros sentimientos similares se caracterizan por la participación del yo en algo inalcanzablemente elevado. Muchos fenómenos sociales tienen su raíz en la promesa a los desvalidos, de parte de los "omnipotentes", de la deseada participación pasiva, a condición de que aquéllos cumplan ciertas reglas.

Las experiencias del individuo vinculadas a la omnipotencia conducen a crear una necesidad de la psique humana que es de máxima importancia. La nostalgia del sentimiento oceánico del narcisismo primario podría denominarse "necesidad narcisística". La autoestima constituye la manera de hacerse cargo el individuo de la distancia que lo separa de la omnipotencia primitiva (1238).

* Traducimos así *purified pleasure ego*, equivalente del alemán *purifiziertes Lust-Ich*, expresión ésta acuñada por Freud. Conservamos así la traducción generalizada a partir de López-Ballesteros.

Los métodos primitivos de regulación de la autoestima surgen del hecho de que el primer anhelo de objetos tiene el carácter de un anhelo de eliminación del displacer perturbador, y que la satisfacción por el objeto suprime el objeto mismo y resucita el estado narcisista. El anhelo de retorno a la omnipotencia y el anhelo de eliminación de la tensión instintiva no se hallan diferenciados aún uno de otro. Cuando uno logra librarse de un estímulo displaciente, se produce una restauración de la autoestima. La primera satisfacción proporcionada por el mundo externo, el suministro de alimento, constituye al mismo tiempo el primer regulador de la autoestima.

La tendencia a participar en la omnipotencia del adulto después de la renuncia a la omnipotencia propia se diferencia del deseo de satisfacer el hambre. Todo indicio de amor de parte del adulto, que es más poderoso, tiene en ese momento el mismo efecto que el suministro de leche tuvo para el lactante. El niño pierde autoestima cuando pierde amor y la logra cuando recupera amor. Es esto lo que hace que los niños sean *educables*. Su necesidad de cariño es tan grande que están dispuestos a renunciar a las demás satisfacciones si hay una promesa de cariño como recompensa o si se les amenaza con retirárselo. La promesa de los necesarios suministros narcisísticos de cariño a condición de obediencia y la amenaza de retirar estos suministros si la condición no se cumple son las armas de que se vale toda autoridad (427, 436).

Más adelante se diferencian las necesidades narcisísticas de las sexuales. Las necesidades sexuales se desarrollan en la relación con los objetos, las narcisísticas en la relación entre el yo y el superyó. Todo sentimiento de culpa hace decrecer la autoestima, todo ideal que se cumple, la eleva. Pero dado que, como sucede en todo acontecer psíquico, lo antiguo y primitivo perdura debajo de lo nuevo, parte de las relaciones de objeto sigue estando regida por las necesidades de la autoestima. Donde mejor se puede estudiar esto es en las personas fijadas en este nivel. Son personas que necesitan suministros narcisísticos del exterior para mantener su autoestima. Pueden distinguirse innumerables subtipos. Hay sujetos agresivos que quieren procurarse por la fuerza las cosas esenciales que el malvado mundo externo se niega a conceder, y hay otros que quieren evitar el uso de la fuerza, tratando de conseguir los suministros esenciales por la sumisión y la demostración de sufrimiento. Muchos hay que ensayan simultáneamente ambos métodos.

El hecho de que las necesidades eróticas y narcisísticas obligan al niño a pedir cariño, y el carácter imperativo de este anhelo, nos permiten hablar de un amor objetual pasivo en los niños pequeños. El niño quiere lograr algo del objeto sin darle nada en retorno. El objeto aún no es una personalidad sino un instrumento que se utiliza para procurar una satisfacción (73).

A la etapa del narcisismo primario en que se tiene la sensación de la omnipotencia y el "control" aún no constituye un problema, sigue de este modo un período de control pasivo-receptivo en el que las dificultades

son superadas mediante el recurso de mover a los poderosos objetos externos a conceder lo que se necesita. Cada vez que los ulteriores tipos de control fracasan o no ofrecen ninguna esperanza de éxito, la tentación de recaer en el estado de control pasivo-receptivo no se deja esperar.

EL DESARROLLO DE LA MOTILIDAD Y EL CONTROL ACTIVO

La creación del control activo constituye un largo y complicado proceso. También el dominio del aparato motor es una tarea que la criatura humana sólo aprende gradualmente, en conexión permanente con la maduración del aparato sensorial. Desde el punto de vista psicológico, es una sustitución gradual de las simples reacciones de descarga por actos. Esto es logrado mediante la intercalación de un espacio de tiempo entre el estímulo y la reacción, gracias a la adquisición de cierta capacidad de tolerancia a la tensión, es decir, de una capacidad de ligar los primitivos impulsos de reacción mediante contracatexis (575). El requisito previo de un acto es, aparte del dominio del aparato corporal, la creación de una función de juicio. Lo que esto significa es la capacidad de anticipar el futuro en la imaginación mediante un "ir probando" * la realidad, ensayando, de una manera activa y en pequeña dosis, lo que podría sucederle a uno de una manera pasiva y en dosis desconocidas. Esta manera de funcionar es característica del yo en general.

Aprender a caminar, a estar limpio y a hablar, son los pasos principales en la adquisición del dominio de las funciones motoras físicas. El caminar y el control de los esfínteres constituyen la base de la independencia del niño. Estas aptitudes ayudan a desarrollar el principio de realidad (575) y a superar la dependencia de tipo receptivo y la necesidad de descarga inmediata. La facultad del habla modifica las funciones de previsión propias del yo; la fijación de símbolos nominales para las cosas consolida la conciencia y crea la posibilidad de anticipar los acontecimientos en el mundo ideal de las palabras. La capacidad de juzgar la realidad y la capacidad de tolerar tensiones son dos aspectos de una y la misma facultad. Regir los propios actos de acuerdo con la necesidad externa significa ser capaz de prever los peligros y de luchar contra ellos o evitarlos.

* El sentido que el autor da aquí a *testing reality* es, indudablemente, el de *ir probando*, tanteando la realidad. Otras veces traduciremos *reality testing* (que es el equivalente del alemán *Realitätsprüfung*) con *prueba por la realidad*. En otros casos, cuando se trate de la función y la aptitud de establecer si un estímulo es externo o interno, en el sentido de saber si una supuesta realidad presente es efectivamente tal o es alucinada, pondremos *juicio de realidad*. En los casos en que *reality testing* tenga, a nuestro juicio, los dos sentidos expuestos —si bien esto no siempre es fácil de establecer— traduciremos *prueba* y *juicio de realidad*. Tanto la expresión *examen de la realidad* (que es la que usa en su traducción López-Ballesteros) como *prueba de realidad*, que es la más difundida y representa un intento de incluir los dos sentidos antes citados, nos parecen poco adecuadas. (T.)

LA ANGUSTIA

La condición biológica de desvalimiento de la criatura humana conduce necesariamente a estados de intensa y dolorosa tensión. Los estados en que el organismo es inundado de cantidades de excitación que están más allá de su capacidad de control se llaman estados traumáticos (605). El dolor de los inevitables estados traumáticos más tempranos, aún indiferenciados, y que por ello no son todavía idénticos a los afectos ulteriores, definidos, constituye la raíz común de diferentes afectos, entre los cuales está también, desde luego, la angustia. Las sensaciones de esta "angustia primaria" pueden considerarse en parte como la forma en que es sentida la tensión y en parte como la percepción de descargas vegetativas involuntarias de emergencia (690, 993). Freud sugirió que el acto de nacer podría considerarse como una experiencia en que queda establecido el síndrome de esta angustia primaria. Había encontrado que los síndromes aparentemente sin sentido de los ataques histéricos se hallan históricamente determinados —es decir, que habían obedecido a un propósito en cierta situación pasada— y su hipótesis se basaba en la idea de que los afectos normales podrían tener, de una manera análoga, un origen histórico (596). De ningún modo puede considerarse, desde luego, que esta angustia primaria es creada activamente por el yo; es creada por estímulos externos e internos, aún no controlados, y en la medida en que es experimentada como una sensación dolorosa consciente, es sentida pasivamente, como algo que le ocurre al yo y que se debe soportar (431, 714).

Más tarde se producen experiencias comparables a la angustia primaria en personas a quienes toca soportar acontecimientos traumáticos. Los ataques irrefrenables de abrumadora angustia, sentida como algo terrible que inunda una personalidad imponente, constituyen un síntoma típico de las neurosis traumáticas. Un tipo análogo de angustia es el que se siente cuando la excitación sexual (y quizá también agresiva) se ve impedida de seguir su curso normal. Resulta probable, en consecuencia, que la angustia traumática o pánico sea dinámicamente la misma cosa que la angustia primaria: la forma en que es sentida, pasiva y automáticamente, una insuficiencia de control, un estado de hallarse anegado por la excitación.

Cuando el niño va aprendiendo a controlar su motilidad, las simples reacciones de descarga van siendo gradualmente reemplazadas por actos dotados de un propósito. El niño puede prolongar ahora el tiempo que media entre el estímulo y la reacción, y demostrar cierta capacidad de tolerancia a la tensión. La capacidad característica de "ir probando", que de esta manera adquiere, modifica la relación entre el yo y sus afectos. Originalmente los afectos son síndromes arcaicos de descarga que en ciertas condiciones de excitación reemplazan a los actos voluntarios. Ahora, el yo en crecimiento aprende a "amansar" los efectos y utilizarlos para sus propios propósitos de previsión (440). Esto es válido también para la angustia (618).

Con la imaginación anticipatoria, y el planeamiento de los actos adecuados subsiguientes, que de ello resulta, aparece por primera vez la idea de peligro. El yo que juzga declara que una situación que aún no es traumática puede transformarse en tal. Este juicio, evidentemente, pone en juego situaciones que son similares a las creadas por la situación traumática misma, pero mucho menos intensas. También esto es sentido por el yo en forma de angustia. Pero ¿cuán diferente es este miedo comparado con pánico original! En lugar de un abrumador ataque de angustia, lo que se siente es un miedo más o menos moderado, que es utilizado como una señal o como medida de protección. Esta angustia es una anticipación de lo que podría suceder (618). Los componentes voluntarios de la angustia frente al peligro deben ser acreditados al yo que juzga; los componentes involuntarios, tales como la posibilidad de una parálisis, se deben al hecho de que el yo no produce la angustia sino que únicamente hace uso de ella; no tiene recurso mejor a su disposición (1485).

En los próximos capítulos nos encontraremos a menudo con una complicación que se produce en la angustia neurótica. Algunas veces la expectación de un peligro, en vez de precipitar un temor voluntario que pudiera utilizarse para evitar el estado traumático, precipita precisamente un estado traumático. El juicio del yo que se expresa como "¡peligro a la vista!" es seguido de un pánico arrollador; el yo ha provocado algo que no puede controlar. El intento de "amansar" la ansiedad ha fracasado, y el salvaje pánico primitivo reaparece y arrolla el yo. Esto sucede cuando el organismo entero se halla en ese estado de tensión que podría describirse como una predisposición latente a la producción del pánico. El juicio del yo sobre la existencia de un peligro tiene en este caso el efecto de un fósforo sobre un barril de pólvora. La intención de encender el fósforo como señal de peligro fracasa porque libera una ingente potencia, incomparablemente mayor que el limitado poder de la fuerza que ha tratado de usar el fósforo.

El contenido de las ideas que tiene sobre la angustia el yo primitivo está determinado en parte directamente, por su naturaleza biológica, y en parte indirectamente, por la forma animista de pensar del yo, que le hace creer que todo lo que rodea al sujeto tiene fines instintivos iguales a los suyos (unidos a un poder mucho mayor). En estos malentendidos de índole animista tiene parte el principio del talión, según el cual toda mala acción puede ser anulada (o debe ser castigada) mediante una acción similar infligida al autor de la primera.

Al parecer, la angustia más básica es la que se vincula a la incapacidad fisiológica, de parte del bebé, de satisfacer por sí mismo sus impulsos. El primer temor es el temor (aún no verbalizado) de tener que experimentar estados traumáticos futuros. La idea de que los impulsos instintivos propios podrían ser peligrosos (que es la base última de toda psicconcurso) tiene su raíz en este temor.

Esto no quiere decir que el yo sea hostil a los impulsos instintivos desde el comienzo ni que sienta constantemente el temor de verse colmado de pulsiones internas

demasiado intensas. Dado que el yo aprende a controlar y a satisfacer activamente sus impulsos, no se advierte qué necesidad podría tener de crear una angustia de esta índole, y los adultos normales, en efecto, no temen a sus impulsos. Algunos neuróticos, en quienes se ve persistir el temor a la propia excitación —por lo menos más allá de cierto grado de intensidad de la excitación—, no sienten tal temor a causa de una angustia por la intensidad de la propia excitación (541), de carácter primario, sino porque otros tipos de angustia les han inducido a bloquear el curso natural de sus propias excitaciones, convirtiendo así el placer, secundariamente, en un intenso placer (431, 1522, véase pág. 604 y sigs.).

Esto conduce, tarde o temprano, al temor de que, en su debido momento, no aparezcan los medios externos de satisfacción. Es el "temor a la pérdida de amor", o mejor dicho, el temor a la pérdida de la ayuda y la protección. Este temor es más intenso que si se tratara solamente de un juicio racional acerca de un peligro real, porque la autoestima primitiva se regula por medio de los suministros externos, de modo que una pérdida de ayuda y protección significa también una pérdida de autoestima. Un yo que se siente amado se siente fuerte, un yo que se ve abandonado es débil y está expuesto al peligro. Un yo que se sabe amado teme la posibilidad de verse objeto de un abandono.

La manera animista de pensar y sentir complica el asunto. Cuando un niño fantasea con devorar a los que lo rodean, y a continuación sufre un rechazo, fantasea con la idea de que los padres podrían comerlo. Es así como se originan las angustias fantásticas de destrucción física. El representante más importante de este grupo es la angustia de castración, que eventualmente puede convertirse en el motivo capital de la actividad defensiva del yo (1417).

La forma en que el yo normal aprende a superar sus angustias primitivas y aún indómitas es muy característica. Cada vez que el organismo se ve inundado de una cantidad muy grande de excitación intenta liberarse de ella mediante repeticiones activas subsiguientes de la situación que produjo la excitación. Esto ocurre en los primeros juegos de los niños pequeños (605, 1552), así como también en sus sueños (722). Entre el originario anegamiento por la excitación y estas repeticiones hay una diferencia fundamental: en la experiencia originaria el organismo es pasivo, en las repeticiones el organismo es activo y determina el momento y el grado de la excitación. Al comienzo, las experiencias pasivas que provocaron angustia son reproducidas activamente por el niño en sus juegos a objeto de lograr un control diferido. Más tarde el niño, en sus juegos, no sólo "teatraliza" las experiencias del pasado cargadas de excitación, sino que anticipa lo que espera que suceda en el futuro. El uso del temor como señal no es más que un ejemplo del uso intencional de esta anticipación.

Cuando el niño descubre que ahora es capaz de superar sin miedo una situación que naturalmente le hubiera abrumado de angustia, experimenta cierta especie de placer. El carácter de este placer es: "Ya no necesito sentir angustia". Esto hace que, de simple tentativa de descarga, el juego del niño venga a convertirse, mediante el ejercicio reiterado, en control del mun-

do externo. El "placer funcional" es un placer por cuanto el ejercicio de una función es posible sin angustia (984), y no por la gratificación de un tipo específico de instinto (766, 767, 768). Es el mismo placer que los niños hallan en las innumerables repeticiones de un mismo juego y de una misma historia, que ha de serles relatada exactamente en los mismos términos (1457).

Desde el punto de vista económico, este placer puede explicarse de la siguiente manera. Un determinado gasto de energía queda asociado a la angustia o a una temerosa expectación, experimentada por una persona que no está segura de poder controlar una excitación esperada. La cesación brusca de este gasto de energía trae consigo una aliviadora descarga, que es sentida por el yo victorioso como un "triumfo" (436) y gozada como placer funcional. Habitualmente el placer originado de este modo se condensa con un placer erótico que se ha hecho nuevamente posible gracias a la superación de la angustia. Cuando un niño es arrojado al aire por un adulto y luego cogido, siente indudablemente, por un lado, un placer originado en las sensaciones del equilibrio (y cutáneas), y por otro lado un placer debido a la superación del miedo de caer. Si tiene la seguridad de que no se le dejará caer, puede sentir placer en pensar que se le podría haber dejado caer; puede temblar un poco, pero luego se da cuenta de que este temor fue innecesario. Para que este placer sea posible deben llenarse ciertas condiciones de reaseguramiento. El niño debe tener confianza en el adulto que juega con él y la altura no debe ser muy grande. De esta manera se realiza, con el tiempo, el aprendizaje por la práctica. Cuando la experiencia se repite un suficiente número de veces como para demostrar que el temor era infundado, el niño adquiere más coraje (423).

Tanto la angustia como el placer funcional desaparecen cuando el yo se siente seguro de sí mismo y ya no mantiene, a la espera de los hechos, una actitud de ansiosa expectativa. El adulto ya no siente un placer especial cuando acomete ciertas actividades que le son desde hace tiempo familiares y automáticas, y que le habían llenado de orgullo en su infancia, al realizarlas por primera vez (527, 530).

En los neuróticos, sin embargo, los temores infantiles pueden verse perpetuados por una defensa patógena. Las angustias siguen actuando, ocupadas en su mayor parte en bloquear enteramente las actividades "peligrosas". Algunas veces, sin embargo, son repetidas también las formas de lucha contra la ansiedad y el yo puede experimentar el "placer funcional" de superar el temor mediante repeticiones de la actividad temida (435).

EL PENSAMIENTO Y EL DESARROLLO DEL SENTIDO DE LA REALIDAD

La capacidad de reconocer, de amar y de temer a la realidad se desarrolla, en general, antes del aprendizaje del habla. Pero es la facultad del habla la que inicia un paso decisivo ulterior en el desarrollo de la capaci-

dad de "prueba por la realidad"*. Las palabras permiten una comunicación más precisa con los objetos, así como también una mayor precisión en la función de anticipación mediante actos de tanteo. Esta anticipación de la acción se convierte ahora en la función de pensar propiamente dicha y consolida finalmente la conciencia (590). Por supuesto que ya existía una conciencia sin palabras, lo cual puede verse más tarde en los estados regresivos, forma de "pensamientos fantásticos preconscientes" (1426, 1545, 1546, 1547). Pero éste no es más que el predecesor indiferenciado del pensamiento, en el que pueden verse aún todas las características del yo primitivo, tales como el amplio alcance de los conceptos, el tomar las semejanzas por identidades, las partes por el todo, y en el que los conceptos tienen por base las reacciones motoras comunes. Schilder ha demostrado que todo pensamiento, antes de ser formulado, ha pasado por un estado previo a las palabras (1363).

La adquisición de la facultad del habla, de la comprensión de que ciertos ruidos son utilizados como símbolos de las cosas, y de la capacidad gradual de ir utilizando racionalmente esta facultad y esta comprensión (252, 1452, 1453, y también cfr. 1450) constituye un paso decisivo en la formación del yo. La investigación de las distintas formas en que el yo va pasando de lo integrado a lo diferenciado, de las unidades de conjunto a los elementos constitutivos, de los vastos alcances a los límites reducidos, se ve facilitada por el estudio de los fenómenos de la afasia.

El ir enlazando las palabras y las ideas hace posible el pensar propiamente dicho. El yo posee ahora un arma mejor para el manejo del mundo externo y de sus excitaciones propias. Éste es el contenido racional de la antigua creencia mágica de que se puede dominar todo aquello que se puede nombrar.

El empeño en dominar los impulsos instintivos contribuye indudablemente, de este modo, al desarrollo intelectual. Se produce un abandono de la fantasía emocional por la sobria realidad, viraje que sirve para combatir la angustia. Una patológica distorsión de esto es la fuga de todo lo que sea emoción hacia el mundo nebuloso de las palabras y los conceptos, propia del carácter compulsivo (véase págs. 378 y sig.). Los elevados intereses intelectuales que hacen su aparición en la pubertad sirven también para dominar la excitación instintiva propia de este período (541).

La adquisición de la facultad del habla es experimentada como la adquisición de un gran poder, y convierte la "omnipotencia del pensamiento" en una "omnipotencia de las palabras" (457). El habla primitiva del niño es un hechizo dirigido a obligar al mundo externo y al destino a hacer aquellas cosas que han sido conjuradas mediante las palabras. Algunas palabras conservan su poder mágico primitivo, tal como sucede con las palabras obscenas (451), los juramentos, las fórmulas solemnes o la poesía.

El pensamiento, en sí mismo, constituye una elaboración y una diferenciación posterior de los tipos más primitivos de juicio que se aplicaban a distinguir entre lo que se puede tragar y lo que es mejor escupir, y

posteriormente entre cosas inofensivas y cosas peligrosas; la reacción, una vez más, es postergada, y esta postergación tiene lugar con el auxilio de una conducta de tanteos; los movimientos necesarios para la acción planeada se hacen en una escala pequeña, con lo cual son sometidos "a prueba" aquello que ha sido planeado y sus consecuencias. La psicología experimental ha demostrado la existencia de actos musculares que acompañan el acto de pensar (482, 776).

El principio de trabajo del yo consiste generalmente en un retardamiento de las funciones automáticas del ello, con lo que se hace posible la utilización de esas funciones de acuerdo con un propósito y de una manera organizada. De la misma manera en que la angustia primaria es más tarde "amansada" y reducida a una "señal de angustia", el yo, en el proceso de pensamiento, se encarga de amansar dos reacciones automáticas arcaicas: la tendencia a la descarga de las tensiones, que es suavizada, y la tendencia a la realización alucinatoria de los deseos, que es reducida a la función de imaginar los acontecimientos futuros, y más tarde, los símbolos abstractos de estos acontecimientos.

Tal como el amansamiento de la angustia puede fracasar y la señal puede iniciar un retorno del pánico primario, las tendencias a la descarga a toda costa y la realización alucinatoria de los deseos pueden volver a ocupar su lugar en el acto de pensar. Las personas cansadas, con sueño, intoxicadas o que se hallan en un estado psicótico, piensan de una manera diferente y más primitiva; e incluso en las personas sanas, que saben pensar bien, y enteramente despejadas, cada uno de los pensamientos pasa por fases iniciales que tienen más semejanza con el pensar propio del sueño que con la lógica (1363). Las características de este pensar emocional prelógico fueron estudiadas en detalle tanto por los psicólogos psicoanalíticos como por los no psicoanalíticos (1545, 1546, 1547). Es menos adecuado para juzgar objetivamente lo que está por ocurrir, porque es relativamente desorganizado, tolera y condensa contradicciones y es regido por las emociones, y por consiguiente, se halla plagado de ideas erróneas, viciadas por el deseo y el temor. Este modo de pensar según el proceso primario parece estar regido únicamente por un afán de descarga y se halla muy lejos de toda lógica. Pero es pensamiento de todos modos, porque está formado de representaciones imaginarias de acuerdo con las cuales se llevarán a cabo actos, y porque se realiza a costa de poca energía. Este modo de pensar se efectúa más mediante imágenes plásticas, concretas, mientras que el proceso secundario se basa más en las palabras. Es bien conocido el fenómeno de la retraducción de las palabras en imágenes, durante el sueño y en el estado de fatiga. El pensamiento preconsciente en forma de imágenes es un tipo mágico de pensamiento (916, 1047). Son tomados por iguales el objeto y la idea del objeto, el objeto y una imagen o modelo del objeto, el objeto y una parte del objeto; las semejanzas no son distinguidas de las identidades; el yo y el no-yo aún no están separados (1104). Lo que les ocurre a los objetos puede ser sentido (por identificación) como si le ocurriera al yo, y lo que le ocurre al yo es causa de que le

* Véase nota en la pág. 59.

ocurra la misma cosa al objeto, "transitivismo" éste que hace posible la técnica de los "gestos mágicos": una persona, mediante un gesto, obliga a otra a hacer la misma cosa.

Cuando una persona siente vergüenza, mira hacia otra parte o se cubre los ojos con la mano. Esto significa: "Nadie me debe mirar". Los niños creen que no pueden ser vistos cuando no pueden ver. Había un niño que tenía la idea de que cuando el conductor cierra los ojos el tren pasa por un túnel.

Otra característica extraña del pensamiento arcaico es el simbolismo.

En los adultos, una idea consciente puede ser utilizada con el propósito de ocultar una idea inconsciente censurable; la idea de pene puede estar representada por la idea de una serpiente, un mono, un sombrero o un avión, cuando la idea de pene es objetable. El símbolo es consciente y la idea simbolizada es inconsciente. La idea precisa de pene ha sido captada, pero repudiada. Pero el pensamiento simbólico es vago, está dirigido por el proceso primario. No es solamente un método de disfraz; es también parte del pensamiento prelógico primitivo. Una vez más, el yo censor hace uso de métodos regresivos. Una vez más, al utilizar el simbolismo como disfraz, el yo utiliza en su actividad de defensa mecanismos que previamente actuaron en forma automática, sin ningún propósito. El uso de símbolos significa una recaída en una etapa más temprana del pensar, mediante lo cual se realizan ciertas deformaciones que son intencionales. En el sueño, los símbolos hacen su aparición a la vez como instrumento de la censura del sueño y como característica del pensamiento arcaico, con imágenes, como parte de la visualización de los pensamientos abstractos (552, 596).

El carácter regresivo de las deformaciones simbólicas explica dos cosas: a) que los símbolos, siendo un residuo de una manera arcaica de percibir el mundo, son comunes a todos los seres humanos, tal como lo son los síndromes afectivos; b) que el pensamiento simbólico no se produce solamente allí donde se trata de ocultar o deformar, sino también en estados de fatiga, sueño, psicosis, y de una manera general, en la primera infancia, es decir, en todos los estados en que existen, en primer plano, características arcaicas del yo.

Silberer explicó el simbolismo como una "insuficiencia aperceptiva del yo" (1427, 1428, 1429, 1430). Tenía ciertamente razón, si bien su superficial clasificación de los símbolos según sea la causa de esta insuficiencia no puede ser aceptada. No es convincente la afirmación de Jones en el sentido de que hacer derivar el simbolismo de una apercepción insuficiente es como hacer derivar los *lapsus linguæ* de la fatiga (882). Los *lapsus linguæ* no constituyen una parte esencial del estado de fatiga (son solamente precipitados por este estado), mientras que el sentir el mundo en forma de símbolos constituye una parte esencial del pensamiento arcaico con insuficiencia aperceptiva. Sin embargo, no es lo mismo el simbolismo arcaico como parte del pensamiento prelógico que la deformación mediante la representación de una idea reprimida con un símbolo consciente. Mien-

tras que en la deformación la idea de pene es evitada al disfrazársela con la idea de serpiente, en el pensamiento prelógico pene y serpiente son una y la misma cosa: es decir, son percibidas mediante una noción común: la vista de la serpiente provoca emociones de pene, y este hecho es utilizado más tarde cuando la idea consciente de serpiente reemplaza a la idea inconsciente de pene.

El simbolismo primitivo es parte del mecanismo de formación de los conceptos en el pensamiento prelógico: la comprensión del mundo irradia de las exigencias y temores instintivos, de modo que los primeros objetos son medios posibles de gratificación o posibles amenazas; los estímulos que provocan reacciones iguales son considerados idénticos; y las primeras ideas no son conjuntos estructurados por la suma de distintos elementos sino conjuntos comprendidos aún de una manera indiferenciada, unidos por las respuestas emocionales que han provocado.

Estas características bastan para explicar algunos de los símbolos corrientes, a saber, los símbolos basados en la semejanza, en la idea de *pars pro toto*, o en la identidad de las respuestas provocadas, tales como herramienta = pene, cáscara = vagina, pero también partida = muerte, cabalgar = coito, rey = padre. En otros casos, la semejanza de las reacciones provocadas no es muy manifiesta, pero puede ser hallada mediante un análisis correcto de las experiencias emocionales del niño (460). De esta manera puede ser explicada la equiparación simbólica de heces y dinero (véase pág. 318). Pero hay otros casos en que la conexión entre el símbolo y lo simbolizado no se llega a comprender. Los niños que sueñan con arañas, que para ellos significa una madre cruel (23), no saben nada acerca de las características sexuales de la araña. Ferenczi creía que la reacción de repugnancia frente a los reptiles encierra una especie de recuerdo filogenético (497), y Freud se inclinaba, a este respecto, a especulaciones análogas (632). Es forzoso que esta cuestión quede abierta a debate.

El hecho de que el pensamiento más primitivo no está en concordancia con la realidad, sino que manifiesta todos los rasgos arcaicos y mágicos que hemos descrito, podría ser utilizado como una objeción a la afirmación de que es también una "preparación" para (y una tentativa de) controlar la realidad. Pero la falta de adecuación de este tipo de pensamiento no contradice el hecho de que es relativamente más adecuado que la descarga inmediata y que la realización alucinatoria de deseos.

Esta forma de anticipación, empero, se hace incomparablemente más adecuada mediante el desarrollo del lenguaje hablado. La facultad del habla convierte este pre-pensamiento en un pensamiento lógico, organizado y más ajustado, que sigue el proceso secundario. De esta manera, constituye un paso decisivo hacia la diferenciación final de consciente e inconsciente y hacia el principio de realidad (575, 590).

Sin embargo, aún después que el habla, la lógica y el principio de realidad han sido debidamente establecidos, nos encontraremos con que el pensamiento prelógico sigue actuando, incluso más allá del papel que desempeña en los estados de regresión del yo o como forma intencional

de deformación. Ya no desempeña, es cierto, la función de preparación para actos futuros, sino que se convierte más bien en *sustituto* de una realidad displaciente.

Las primeras ideas de objetos hacen su aparición en un momento de ausencia de una determinada gratificación cuyo recuerdo persiste en la memoria. Las primeras ideas acerca de los objetos constituyen al mismo tiempo un sustituto del objeto real ausente y una tentativa de controlar mágicamente el objeto real. El pensamiento primitivo intenta controlar el objeto de una manera mágica (que en ese momento es considerada como una manera real). El tipo secundario de pensamiento se empeña en controlarlo de una manera real. Pero cuando esta manera real fracasa, cuando la realidad es demasiado displaciente o no se está en condiciones de influir sobre ella, se regresa nuevamente al método mágico. En el niño ya mayor y en el adulto, los dos tipos de pensamiento tienen las dos funciones diferentes de preparar para la realidad (anticipación de lo que es probable), y sustitución de la realidad (anticipación de lo que es deseable).

Esta correspondencia entre tipos de pensamiento y funciones diferentes es sólo válida en términos generales. Prácticamente hay ciertas maneras de regresar de los sueños diurnos a la realidad (el arte), como también existe el uso del pensamiento verbalizado para retraerse de la realidad (el pensamiento compulsivo).

Mientras el pensamiento no es seguido por la acción, se le llama fantasía. Hay dos tipos de fantasía: la fantasía creadora, preparatoria de alguna forma de acción ulterior, y la fantasía de los sueños diurnos, refugio de los deseos que no pueden ser realizados. La primera, que tiene su raíz en el inconsciente, se inicia también, desde luego, en el proceso primario y en la imaginación, pero abandona luego esta esfera. La segunda se convierte en un sustituto real de la acción en el estado de "introversión", cuando los "pequeños" movimientos que acompañan a la fantasía se hacen lo bastante intensos como para promover la descarga. Se ha planteado el problema acerca de si el jugar a la guerra en la infancia acentúa o atenúa las tendencias bélicas. ¿Puede decirse que la fantasía estimula el deseo, de modo que la tendencia a llevar a la realidad las ideas fantaseadas se acentúa, o bien la fantasía canaliza el deseo, en forma tal que lo que se ha satisfecho en los juegos ya no necesita ser satisfecho en serio? La respuesta es obvia en el caso de las fantasías sexuales. Si un hombre no hace más que anticipar en la fantasía un probable coito futuro, su tensión o su anhelo de satisfacción van en aumento; pero si sus fantasías le inducen a masturbarse, la tensión disminuye o desaparece. Una fantasía de tipo preparatorio ha regresado al tipo sustitutivo.

Los neuróticos son personas cuyos actos reales se encuentran bloqueados. Este bloqueo se expresa de dos maneras diferentes, que demuestran muy bien el contraste entre el fantaseo mágico, lleno de imágenes del sueño diurno, y el pensamiento propedéutico abstracto. El individuo histérico regresa de la acción al sueño diurno sin palabras; sus síntomas de conversión ocupan el lugar de la acción. El individuo compulsivo regresa de la

acción a la preparación para la acción mediante la palabra. Su pensamiento es una especie de perpetua preparación para actos que no se realizan nunca.

Se podría suponer quizá que el contacto directo con la realidad se halla asegurado mientras el pensamiento conserva su carácter concreto, y que este pensamiento deja de servir como preparación para actos reales cuando se convierte en demasiado abstracto, cuando actúa con sofisterías y clasificaciones en lugar de hacerlo con símbolos de objetos. Y es así, pero sólo hasta cierto punto. La calidad de imagen plástica de los elementos de ciertos pensamientos "concretos" puede ser el punto de partida de sueños diurnos en lugar de pensamiento preparatorio.

El pensamiento lógico presupone un yo fuerte, capaz de postergaciones, tolerante de las tensiones, rico en contrapulsiones y dispuesto a juzgar la realidad de acuerdo con su experiencia. Si el yo es débil, o está cansado o dormido, o no tiene confianza en su propia capacidad, y anhela un tipo receptivo de control, el tipo de pensamiento con imágenes ofrece más atractivo que la inteligencia realista. Resulta fácil de comprender que las personas cansadas prefieren el cinematógrafo a Shakespeare y las revistas ilustradas a una lectura difícil, y que las personas insatisfechas, sin ninguna posibilidad de influir activamente en su propia situación, reclamen más ilustraciones en los periódicos, o más historietas cómicas, en vez de decidirse a una difícil actividad intelectual. Cada vez que la realidad se hace displaciente, se recurre más, para sustituirla, al rico contenido plástico de los sueños diurnos.

DEFENSAS CONTRA LOS IMPULSOS

Hasta aquí el principio de realidad se nos aparecía como la capacidad de postergar la reacción final. Pero algunas reacciones no sólo tienen que ser postergadas, sino incluso restringidas en forma más o menos permanente. Simultáneamente con la acentuación del dominio de la motilidad —es decir, con el pasaje de los simples movimientos de descarga a los actos— se desarrolla también un aparato que no es de descarga, un aparato de defensa. El yo aprende a rechazar los impulsos peligrosos o inadecuados. Los mecanismos que primeramente fueron utilizados contra los estímulos externos dolorosos se vuelven ahora contra las pulsiones internas.

El yo quiere hallar satisfacción. Parece paradójico que se vuelva a menudo contra sus propias exigencias instintivas. Ya nos hemos ocupado de las causas que originan semejante paradoja. Estas causas son:

1. El hecho biológico de que el lactante no está en condiciones de controlar su aparato motor y necesita, en consecuencia, ayuda externa para la satisfacción de sus exigencias instintivas, trae como resultado que se vea sumido en situaciones traumáticas, ya que la ayuda del mundo externo no puede estar siempre inmediatamente a mano. La desaparición temporaria de los objetos primarios tiene en sí misma un efecto traumático, puesto que los anhelos afectuosos del niño se ven privados de su posibilidad de des-

carga. El recuerdo de las dolorosas experiencias de esta índole conduce a la primera impresión de que las excitaciones instintivas pueden constituir una fuente de peligro.

2. Las amenazas y las prohibiciones del mundo externo crean un temor a los actos instintivos y sus consecuencias. Estas influencias externas pueden ser de dos tipos, ligeramente diferentes entre sí: a) influencias objetivas y naturales —el fuego quemará al niño que instintivamente quiere pegarle un manotón—, o bien b) los peligros pueden ser artificialmente creados mediante medidas de carácter educativo. Voluntaria o involuntariamente, los adultos provocan en los niños la impresión de que la conducta instintiva debe ser vivamente reprendida y que la abstinencia es digna de elogio. La eficacia de estas impresiones no se debe solamente al poder físico real de los adultos sino también al hecho de que la autoestima del niño depende de que pueda lograr su cariño.

3. Los peligros temidos pueden ser enteramente fantásticos, por cuanto la interpretación del mundo, por parte del niño, es "falseada por la proyección". La violencia de sus propios impulsos reprimidos es proyectada, y esto le coloca a la expectativa de drásticos castigos; el castigo esperado es una represalia dirigida a dañar las partes "pecadoras" del cuerpo.

4. Más tarde surge un cuarto factor, originado en la dependencia del yo frente al superyó, que es un representante intrapsíquico del mundo externo, objetual y educacional, cuya comprensión es falseada por causa de la proyección. Este cuarto factor convierte la ansiedad en sentimiento de culpa.

Este bosquejo sistemático da una respuesta al problema acerca de cómo se originan las fuerzas hostiles a la descarga de las fuerzas instintivas.

ALGO MAS ACERCA DE LA ADAPTACION Y EL SENTIDO DE LA REALIDAD

No deja de ser verdad que el psicoanálisis ha estudiado más acabadamente el aspecto defensivo del yo que el desarrollo de sus fuerzas positivas de adaptación (762). Pero las ideas de defensa y de adaptación se hallan íntimamente unidas. En un sentido dinámico, la adaptación significa el hecho de hallar soluciones comunes a las tareas representadas por los impulsos internos y los estímulos (inhibidores y amenazadores) externos.

Hartmann, en un artículo muy interesante, trató de demostrar que la adaptación ha sido estudiada por los psicoanalistas excesivamente desde el punto de vista de los conflictos psíquicos. Destaca el hecho de que existe también "una esfera sin conflicto", originada, eso sí, en las antítesis entre organismo y ambiente (750).

Dada la importancia de estas antítesis, la denominación de esfera sin conflicto parece capaz de inducir a error, en cuanto tiende a un punto de vista adinámico. La maduración del yo es el resultado de la acción recíproca e ininterrumpida entre las necesidades del organismo y las in-

fluencias del ambiente. Los tipos activos de control constituyen, por cierto, procesos harto complicados, y no son pocos los detalles de los mismos que aún falta investigar, pero, en su mayor parte, se conoce y se entiende el desarrollo de la percepción y la motilidad en conexión con las necesidades instintivas y con las funciones del juicio y el pensamiento (1176).

Un terreno en que es especialmente fructífero el estudio de la adaptación es el de la psicología de la volición o el deseo. Las necesidades biológicas son moldeadas y modificadas por las valoraciones del yo (o por las influencias del superyó); y uno de los puntos que toca aclarar al psicoanálisis individual es precisamente la forma en que se producen estas modificaciones, cómo se crean los valores subjetivos por la influencia de los sistemas de valores transmitidos por la tradición.

Los factores constitucionales, así como también la experiencia, deciden hasta qué punto se logra la adquisición del sentido de la realidad, hasta qué punto el vago, mágico mundo primitivo regido por el miedo y basado en proyecciones e introyecciones, se convierte en un mundo "real", objetivamente juzgado —al que responden las fuerzas aloplásticas del individuo, al margen de la influencia de esperanzas y temores— y en qué medida persiste lo antiguo. Este proceso no llega nunca a un éxito integral. La realidad objetiva es sentida de diferente modo por los diferentes individuos.

Esto es lo que tenía in mente Laforgue cuando hablaba de la relatividad de la realidad (1003, 1004). En los neuróticos hacen nuevamente su aparición todas las interpretaciones falseadas de la realidad y toda la incapacidad de aprendizaje diferencial (que hacen que todos los acontecimientos externos sean experimentados como repeticiones de unos pocos "modelos" y que son características del yo arcaico.)

Detrás de todos los tipos activos de control de las funciones externas e internas persiste una propensión a recaer en las formas pasivo-receptivas de control; esta propensión es de una intensidad muy diferente en los distintos individuos y según sean las diferentes condiciones culturales imperantes.

Kardiner, en sus primeros y promisorios trabajos, destaca la significación sociológica de los tipos de control estimulados o desalentados por las diferentes instituciones históricamente determinadas (918, 919, 920). Pero más tarde estimó que la determinación social del predominio de ciertos tipos de yo en las diferentes culturas era un concepto incompatible con las ideas de Freud sobre los instintos (921).

El desarrollo del yo y el del ello no se producen separadamente: son dos hechos íntimamente unidos y de influencia recíproca. Pero antes de describir el desarrollo del ello tenemos que ocuparnos de dos conceptos de fundamental importancia para la psicología de las neurosis: la fijación y la regresión.

En el desarrollo psíquico los niveles más tempranos subsisten siempre a lo largo de las etapas más elevadas, o debajo de ellas. Esto puede resultar más notorio por obra de factores constitucionales o experienciales. En las fijaciones o las regresiones del yo, un nivel primitivo del yo persiste

o vuelve, y esto puede significar cosas bien diferentes. Puede referirse a funciones aisladas del yo que conservan o vuelven a adquirir ciertas características de una fase más primitiva. En este sentido, los individuos eidéticos pueden ser considerados como casos de fijación a la percepción. El pensamiento puede haber conservado un carácter más mágico que en las personas normales, tal como sucede en los neuróticos obsesivos, en quienes se observa un intelecto precozmente superdesarrollado junto a la superstición y a la creencia inconsciente en la omnipotencia y en la ley del talión. Las relaciones con los objetos pueden ostentar rasgos primitivos. Pueden verse fijaciones a las etapas primitivas del amor, con fines de incorporación, o fijaciones a los tipos de regulación de la autoestima característicos de los niños pequeños. Finalmente, la fijación del yo puede limitarse al uso reiterado de tipos específicos de defensa (429) (véase págs. 583 y siguientes).

CAPÍTULO V

LOS COMIENZOS DEL DESARROLLO MENTAL (CONTINUACION): DESARROLLO DE LOS INSTINTOS. SEXUALIDAD INFANTIL

¿QUE SON LOS INSTINTOS?

Freud sugirió la conveniencia de distinguir dos géneros de excitación: uno es el que provocan los estímulos externos, perceptivos, discontinuos, y el otro es el que surge de los continuos estímulos instintivos del interior del organismo (971).

Pero esta afirmación requiere una consideración más detallada. Todas las percepciones, todos los estímulos sensoriales, ya sea que se originen dentro o fuera del organismo, tienen un "carácter de provocación", provocan cierto impulso hacia la acción. En los tipos arcaicos de percepción esta vinculación con la motilidad tiene, como ya se ha destacado, un carácter más claro que el que tendrá más adelante. La intensidad del impulso varía con los diferentes estados físicos del cuerpo. El alimento tiene un significado variable para el individuo, según que esté hambriento o satisfecho; esto vale también para los estímulos sexuales. Sólo las condiciones físicas que determinan el impulso, el quimismo del cuerpo, y no los estímulos sensoriales, tienen derecho a la denominación de fuentes de los instintos. Toda percepción, sea interna o externa, da origen a cierto impulso hacia la acción. En ciertas condiciones somáticas específicas, estos impulsos adquieren el carácter de pulsaciones instintivas urgentes (1023, 1024).

Muchas son las expresiones contradictorias que se descubren, a primera vista, sobre la esencia de los instintos, tanto en los escritos de Freud como en la literatura psicoanalítica en general. Primeramente el instinto es explicado como "la medida de la exigencia que pesa sobre la psique a consecuencia de su vinculación con el cuerpo" (588); un estado urgente de tensión, producido químicamente y manifestado a través de un estímulo sensorial, tiene que hallar su descarga. Este concepto resulta muy esclarecedor, dado que se halla en consonancia con el esquema del reflejo como base de todas las funciones psíquicas, y se advierte claramente que es este concepto de los instintos el que permitió al psicoanálisis asentarse sobre una base biológica (555). En el mismo pasaje a que nos referimos, Freud

llama al instinto "concepto limítrofe entre lo psíquico y lo físico" (588); los fenómenos de los instintos pueden ser enfocados en su aspecto físico, cuando consideramos la fuente del instinto, así como pueden ser considerados en el aspecto psíquico, cuando examinamos la pulsión y los fenómenos psicológicos resultantes. En otro pasaje, los instintos son llamados "fuerzas místicas" cuyo modo de actuar investigamos sin conocer nada acerca de su existencia (628). Esto parece extraño, ya que el psicoanálisis trata de eliminar todo lo que sea místico. Lo que se quiere decir es que nos damos cuenta de que experimentamos los impulsos y actos instintivos, pero nunca "del instinto". Implica un asunto sumamente discutible el establecer en qué consiste la unidad de "un instinto". La definición habrá de variar según sea la clasificación que se aplique, es decir, según sea que se tome como criterio principal el fin, el objeto o la fuente del instinto. De ahí la necesidad de definir estos conceptos.

El fin de un instinto es su satisfacción, y para ser más precisos, el acto estrictamente específico de descarga que elimina el estado físico de excitación y origina, con ello, la satisfacción. El objeto de un instinto es aquel instrumento mediante el cual, por el cual, el instinto puede alcanzar su fin. La fuente de un instinto es el status físico-químico del organismo a causa del cual un estímulo sensorial produce una excitación (588). Qué instintos deben distinguirse, y cuántos, es cosa que depende de que sea el fin, el objeto o la fuente lo que se prefiere tomar como base de clasificación. En términos de fin u objeto podrían describirse un número infinito de instintos. Los psicoanalistas saben, empero, cuán fácilmente intercambiables resultan ser los objetos y los fines. (Es precisamente por este hecho que resulta paradójico atribuir a Freud la opinión de que los "instintos" constituyen patrones rígidos, enteramente inalterables [1105].) La clasificación preferible, por lo tanto, sería la que se hiciera de acuerdo con la fuente. Aquí es donde la fisiología, desgraciadamente, nos depara una decepción; las fuentes instintivas son un problema puramente fisiológico, y en este terreno nuestros conocimientos son aún deficientes. A despecho de esta insuficiencia pueden distinguirse decididamente dos categorías de instintos.

La primera categoría está constituida por ciertas necesidades físicas sencillas que ofrecen, de paso, el mejor modelo en cuanto se refiere al curso seguido por un instinto: determinadas alteraciones somáticas dan lugar a ciertas sensaciones de carácter urgente; esta urgencia precipita un acto específico que elimina la alteración somática, produciendo el relajamiento. El carácter de la pulsión resulta especialmente visible cuando el curso normal se ve obstaculizado. Ejemplos de esto son la respiración, el hambre, la sed, la defecación, la micción. Dado que la satisfacción de estas urgencias es vital, los actos respectivos sólo pueden ser postergados por un tiempo muy corto y su finalidad no puede ser alterada. En consecuencia, difícilmente puede haber un carácter de variabilidad en esta clase de instintos, que para la psicología tienen una importancia relativamente mínima. La suposición de que es la disminución del nivel de la excitación —el rela-

jamiento— lo que es experimentado por el yo como placer, puede verificarse fácilmente en el caso de estos instintos.

El reconocimiento del segundo grupo como una unidad coherente, sólo fue posible gracias a la investigación psicoanalítica (555). Es el grupo de los instintos sexuales. En contraposición a los imperiosos instintos de que acabamos de hablar, los instintos sexuales, cuando no pueden ser gratificados en su forma original, tienen la capacidad de cambiar, de alterar su objeto o su fin, o de someterse a la represión de parte del yo, para reaparecer más tarde, de diferentes maneras y bajo diversos disfraces. Todavía se oye repetir aquel reproche tan difundido que se hace a Freud de que todo lo explica como sexual. Esta afirmación se halla muy lejos de ser acertada, ya que Freud reconoce otros instintos, además de los sexuales. Pero es cierto que Freud explica como sexuales muchos fenómenos a los que antes no se atribuía ningún vínculo con lo sexual, y en especial la neurosis. Freud reconoce que la sexualidad humana no se limita de ningún modo a los impulsos o actos que, de una manera más o menos directa, conducen al coito, y admite el campo de la *sexualidad infantil* (550, 551, 552, 555).

Hoy es un hecho ampliamente conocido el que en los niños se manifiestan numerosos tipos de conducta instintiva que, por su contenido, son idénticos a las pulsiones que, en los individuos perversos, ocupan el lugar de la sexualidad normal. Es difícil, en efecto, hallar niños en los que no se observen manifestaciones de esta índole. Parece, por todo ello, menos apropiado el plantear hoy la cuestión acerca de si existe una sexualidad infantil, que esta otra: "¿Cómo es posible que un fenómeno tan evidente como la sexualidad infantil no haya sido advertido antes de Freud?" Esta asombrosa omisión constituye uno de los mejores ejemplos de "represión".

¿Por qué da Freud el nombre de sexuales a estos fenómenos infantiles? En primer lugar, porque constituyen el terreno propicio de donde surge más tarde la sexualidad del adulto; segundo, porque todo adulto que de una u otra manera ve bloqueada su sexualidad recae en la sexualidad infantil como un sustituto de aquélla; tercero, porque el niño experimenta su sexualidad con las mismas emociones con que el adulto siente la suya; cuarto, porque los fines de estas pulsiones son iguales a los que pueden observarse en los adultos perversos, y nadie ha pensado jamás que las perversiones pudieran ser otra cosa que fenómenos sexuales.

Es probable que los instintos sexuales tengan una base química común. El estudio de las hormonas nos ha enseñado algunas cosas acerca de las fuentes de la sexualidad, pero nuestros conocimientos actuales distan de ser suficientes. Ciertos cambios químicos en el cuerpo producen estímulos sensoriales en las zonas erógenas, originando impulsos de carácter especialmente urgente, y exigiendo actos que conducen a modificaciones en el lugar de la estimulación. La base fisiológica de los impulsos sexuales es comparable a los hechos fisiológicos que provocan sensaciones tales como el prurito o las cosquillas. Las picaduras de insectos o ciertos estados fisiológicos internos producen modificaciones químicas que dan lugar a estímu-

los sensoriales en la piel, los que a su vez originan sensaciones de una índole especialmente urgente; se produce así el impulso de rascar, y el acto de rascar conduce a una modificación en la fuente.

Sin embargo, si bien el hecho de rascar puede deber su eficacia al cambio que produce en la afluencia de sangre al área del prurito, surge la impresión de que constituye el remanente biológico de un reflejo mucho más profundo, que es también de importancia básica para las descargas sexuales: el reflejo de librarse de los órganos que crean sensaciones perturbadoras. La autotomía de la cola en los lagartos muestra esta tendencia biológica en su alcance más cabal. Más tarde este reflejo puede degenerar en la idea de "eliminar rascando" el área de la piel afectada por el prurito, y probablemente también en la idea de una descarga que "deshinche" la tensión sexual (1242). La debida valoración del concepto de autotomía demuestra el carácter relativo del contraste entre satisfacción de un instinto y defensa contra un instinto; el reflejo autotómico puede ser la raíz común del acto instintivo y la defensa contra el acto instintivo.

Más adelante los actos sexuales se hacen mucho más complicados, pero en última instancia los mecanismos actuantes siguen encuadrados en el mismo marco. Durante la pubertad los diferentes impulsos de la sexualidad infantil se funden en un armonioso conjunto, la sexualidad del adulto. Pero este cambio se halla sujeto a diversas perturbaciones. A causa de las ansiedades y de otras experiencias del niño, ciertos componentes pueden ofrecer resistencia a la fusión. Los componentes reprimidos de la sexualidad infantil, especialmente, continúan, inalterados, en el inconsciente. Cuando la persona adulta, más tarde, experimenta un desengaño sexual, tiende a recaer en la sexualidad infantil. El resultado es que los mismos conflictos que bullían alrededor de su sexualidad en la infancia vuelven a ser también reactivados.

CLASIFICACION DE LOS INSTINTOS

El papel excepcional que la capacidad de desplazamiento de la energía confiere a los instintos sexuales fue el punto de partida para la primera clasificación de los instintos hecha por Freud. Éste halló que los neuróticos se enfermaban por el hecho de reprimir ciertas experiencias, y que estas experiencias eran siempre representativas de deseos sexuales. Las fuerzas en lucha contra los deseos eran angustias, sentimientos de culpa o bien ideales éticos o estéticos de la personalidad; estas fuerzas antisexuales fueron resumidas bajo la denominación de "instintos del yo", ya que sirven al objetivo de la autoconservación. Se pretendía de esta manera, con esta primera clasificación de los instintos —en que los "instintos sexuales" eran distinguidos de los "instintos del yo" (542, 548, 555, 585, 596)—, representar el conflicto neurótico, es decir, el hecho de la represión. Cuando Jung negó este dualismo y quiso aplicar la denominación de libidinosos a todos los instintos (907), el resultado momentáneo de su intento de unificación fue el de oscurecer el hecho recientemente descubierto de la represión (364).

Actualmente no concebimos la represión como un conflicto entre dos grupos de instintos; el conflicto es más bien de carácter estructural. El yo rechaza ciertas exigencias del ello. Y partiendo del concepto de que el yo es una capa superficial diferenciada del ello, de ningún modo cabe sostener que el yo abrigue, con carácter de innatos, otros instintos que los que hallamos en el ello. Y aun si las energías instintivas del yo son tratadas de una manera diferente a las del ello, es fuerza suponer que el yo deriva su energía del ello y no contiene primariamente ningún otro género de instinto.

La crítica de la primera clasificación de los instintos surgió a raíz del descubrimiento del narcisismo, es decir, del carácter libidinoso de ciertos deseos instintivos que hasta entonces habían sido atribuidos a los instintos del yo. Una parte del "egoísmo", es decir, de la elevada valoración del propio yo, resultó ser de la misma naturaleza que los instintos sexuales con que son amados los objetos; esto se pone de manifiesto en el hecho del carácter desplazable de la energía del yo a los objetos y viceversa. La suma del interés vuelto hacia el propio yo más el que se dirige a los objetos externos es, para cierto momento, constante. Aquel que se ama más a sí mismo se interesa menos por los objetos externos, y viceversa (585). Freud comparó al hombre, en lo que se refiere a la libido, a una ameba, que puede emitir pseudopodios —originariamente integrados en la propia sustancia corporal— hacia el mundo externo, y luego retraerlos nuevamente (585). De acuerdo con esto se aplican las designaciones de libido del yo y libido objetal. No existe, empero, una diferencia de cualidad entre la una y la otra. Un mero proceso de desplazamiento convierte la libido del yo en libido objetal, y viceversa. En virtud de estos hallazgos, la anterior clasificación de los instintos en instintos del yo e instintos sexuales resulta inadecuado. El hecho de que esta clasificación reflejaba los hechos de la represión condujo primeramente a una tentativa de conservarla. Freud se propuso esto en la suposición de que los instintos del yo reciben la catexis de dos cualidades diferentes de energía psíquica: catexis de "interés", correspondientes a la energía de los instintos del yo, y elementos libidinosos, constitutivos del narcisismo (585). Esta concepción no puede ser mantenida. Una vez reconocidos los elementos libidinosos desplazables, ya no era posible sostener el punto de vista de que en aquello que reprime y aquello que es reprimido (o sea, en la terminología actual, en el yo y en el ello) actúan dos clases fundamentalmente diferentes de instintos. Intereses del yo y pulsiones instintivas —que más tarde, por cierto, entran a menudo en conflicto entre sí— se desarrollan a partir de una fuente común.

Freud propuso más tarde su nueva clasificación de los instintos (605, 608). Dos bases tiene esta nueva clasificación, una especulativa, la otra clínica. La base especulativa es el carácter conservador de los instintos, en cuanto éstos se caracterizan por el principio de la constancia, vale decir, el hecho de que los instintos tienden a la eliminación de las tensiones. Pero hay también un fenómeno que parece actuar en sentido opuesto al del principio de la constancia, a saber, un hambre de estímulos, que se observa con

máxima claridad en los instintos sexuales. Parece, de esta manera, que algunos instintos se caracterizan por el "principio del Nirvana", y otros por el hambre de estímulos.

La base clínica de la nueva teoría de Freud es la existencia de la agresión. Las tendencias agresivas de toda índole representan una parte considerable de las pulsiones humanas. Manifiestan, en parte, un carácter reactivo, es decir, constituyen la respuesta a las frustraciones y tienen como objetivo la superación de las frustraciones (335). Aparecen, en parte, íntimamente vinculadas a ciertas pulsiones sexuales, especialmente pulsiones sexuales predominantes en los niveles pregenitales de la organización de la libido. Hay otras agresiones que parecen surgir en un terreno completamente apartado de la sexualidad. Tenemos, además de esto, el enigma del masoquismo, el hecho de que en determinadas circunstancias el principio que habitualmente orienta la conducta humana, el principio de placer, parece ser puesto de lado, para dejar aflorar a primer plano tendencias autodestructivas. Además de esto el masoquismo y el sadismo, desde el punto de vista clínico, se hallan ligados entre sí; en todas partes en que nos encontramos con el masoquismo, el análisis demuestra que ha habido una "vuelta del sadismo contra el yo" (555, 601). También existe lo opuesto: una conducta externa de tipo sádico que está encubriendo un fin masoquista inconsciente.

Freud integró las dos bases, la especulativa y la clínica, en una nueva teoría de los instintos (605), que establece la existencia de dos cualidades en la psique: una, autodestructiva, el "instinto de muerte" (que puede volverse contra el mundo externo y transformarse así en un "instinto destructivo"), y otra, Eros, que persigue la búsqueda de objetos, y empeñada en lograr unidades cada vez más elevadas. La objeción de que en la realidad no existe una conducta puramente autodestructiva ni puramente buscadora de objetos es contestada por la hipótesis de que los fenómenos psíquicos reales se componen de diferentes "mezclas" de estas cualidades (138, 144, 890, 900, 1014).

CRITICAS AL CONCEPTO DE UN INSTINTO DE MUERTE

Hay muchas objeciones que pueden hacerse a esta nueva teoría (425). Aquí bastará con la siguiente. El fin instintivo de destruir es lo opuesto a la búsqueda sexual de un objeto para amar: sobre esto no cabe duda. De lo que cabe dudar es del carácter de esta antítesis. ¿Nos hallamos aquí frente a cualidades instintivas básicamente diferentes, o es este contraste, una vez más, el resultado de una diferenciación a partir de una raíz común? Parece más probable lo segundo. Todos los fenómenos reunidos bajo la denominación de "instinto de muerte" podrían ser agrupados no como un tipo especial de instinto sino como expresión de un principio válido para todos los instintos; en el curso del desarrollo este principio puede haber sido modificado, en ciertos instintos, por obra de influencias externas. El concepto de un principio de constancia, como punto de partida de todos los

instintos, permite una tesis unitaria no sólo para todos los procesos psíquicos, sino también para todos los procesos de la vida en general. Precisamente en la esfera de las pulsiones constituidas por los instintos sexuales —donde resaltan, con especial claridad el hambre de estímulos, la búsqueda de objetos y el afán de unidades más elevadas— es donde mejor se puede demostrar que el objetivo de su esfuerzo es el relajamiento, el quedar libre de tensión. De ahí que no sea posible que para una clase de instintos sea válido el principio de constancia y para otra clase el hambre de estímulos. Por el contrario, el hambre de estímulos, como principio que contradice el principio de constancia, debe ser, desde el punto de vista genético, un derivado del principio de la constancia o una elaboración especial del mismo. Cuando el bebé despierta por causa de un hambre producida por vía somática, sigue su principio de constancia y desea aplacar su hambre y dormirse nuevamente. Cuando, más adelante, reconoce el mundo externo como necesario para lograr este propósito, pone su empeño al servicio de esta necesidad y reclama el contacto con este mundo externo. La finalidad de ser estimulado es de carácter intermediario, un rodeo en el camino hacia la finalidad de no ser estimulado (véase pág. 51).

La existencia y la importancia de las pulsiones agresivas, por supuesto, no puede ser negada. Pero no hay pruebas de que aparezcan siempre y necesariamente como una vuelta hacia afuera de pulsiones primariamente autodestructivas. Más bien parecería que la agresividad fuera originariamente, no un fin instintivo en sí mismo, característico de una categoría de instintos por oposición a otros, sino una manera que a veces adopta la pugna por fines instintivos, en respuesta a las frustraciones, y a veces, incluso, en forma espontánea.

La búsqueda de fines hecha con ánimo destructivo es tanto más frecuente cuanto más primitivo es el nivel de maduración del organismo, vinculado esto, quizás, al deficiente desarrollo de la tolerancia para las tensiones. El fin instintivo arcaico con relación a los objetos es la incorporación, que tanto es un intento de lograr una aproximación íntima al objeto como un intento de destruirlo. Es el molde de donde surgen lo uno y lo otro. Freud describe esta propensión a la destrucción, en los niveles arcaicos, diciendo que el instinto de muerte y Eros se hallan aún "no fusionados", siendo su fusión un producto gradual de la maduración, durante la cual toca a Eros ir neutralizando el instinto de muerte (608). Lo que indican los hechos en estos primeros periodos es que las tendencias libidinosas y agresivas se hallan tan entrelazadas que nunca pueden ser enteramente superadas unas por otras; parecería como si estas etapas constituyeran un estado integrado, del que más tarde surgen, por diferenciación, Eros y la agresividad; sólo más adelante aparecen el amor y el odio como cualidades opuestas entre sí.

Un instinto de muerte resultaría también incompatible con el concepto biológico vigente de instinto, tal como fue expuesto más arriba. La hipótesis de una fuente instintiva que mueve al organismo a reaccionar a los estímulos en forma de impulsos a las "acciones instintivas", que a

su vez producen una adecuada modificación en la fuente, no podría aplicarse a un instinto de muerte. La "disimilación" en las células, que es una destrucción objetiva, no puede ser la "fuente" de un instinto destructivo en la misma forma en que la sensibilización química del sistema nervioso en relación con la estimulación de las zonas erógenas constituye la fuente del instinto sexual. De acuerdo con la definición, el instinto procura eliminar las modificaciones somáticas en la fuente del instinto. El instinto de muerte no procura eliminar la disimilación.

Parecería, por lo tanto, que los hechos en que Freud basó su concepto de un instinto de muerte no obligan de ningún modo a suponer la existencia de dos clases de instintos básicamente opuestos, de modo tal que el fin de la primera sería el relajamiento y la muerte, y el de la segunda la "ligazón" a unidades más elevadas. En los capítulos sobre el masoquismo y la depresión nos proponemos demostrar que los hechos clínicos de la autodestrucción tampoco obligan a admitir un auténtico instinto auto-destructivo y que todos los hechos que están más allá del principio del placer pueden considerarse como creados por fuerzas externas que han logrado perturbar los principios innatos del organismo.

El hecho de sostener que el concepto de un instinto de muerte no es ni necesario ni útil no significa el rechazo de especulaciones que podrían hacerse en el sentido de considerar la vida como un "proceso que conduce a la muerte". El organismo joven encierra abundantes posibilidades para el futuro. Cada momento de la vida que es vivido crea "estructura", y ésta limita las posibilidades futuras, vuelve más rígido el organismo y lo conduce más cerca de lo inorgánico. Quien acepte este punto de vista podrá ver en las funciones psíquicas, una vez más, un caso especial del proceso de la vida en general.

Podemos resumir. A menudo se presentan, indudablemente, conflictos entre los intereses del yo y sus pulsiones sexuales; con igual frecuencia hallaremos conflictos entre la agresividad y las tendencias sexuales. Pero uno y otro tipo de conflictos tienen su historia; hacen su aparición a cierta altura del desarrollo y conservan su carácter de conflictos sólo mientras imperan determinadas circunstancias. No es forzoso atribuir a ninguno de estos dos pares de tendencias opuestas el carácter de una dicotomía auténtica e incondicional que actuaría desde el comienzo mismo. Será necesario esperar, para una clasificación más apropiada de los instintos, a que la fisiología nos provea de hipótesis más valiosas acerca de las fuentes instintivas.

LA SEXUALIDAD INFANTIL

Si nos abocamos ahora al estudio del desarrollo de la sexualidad, podremos dejar de lado la especulación y regresar a una base empírica. Las características de la sexualidad infantil perversa polimorfa, son bien

conocidas gracias a la obra de Freud, *Tres contribuciones a una teoría sexual* (555). La sexualidad infantil difiere de la sexualidad adulta en varios aspectos. La diferencia que más resalta es que la excitación más intensa no se localiza forzosamente en los genitales, sino que éstos desempeñan más bien el papel de *primus inter pares* entre muchas zonas erógenas. También los fines son diferentes; no tienden necesariamente al coito, sino que se detienen en actividades que más tarde desempeñan un papel en el placer preliminar. La sexualidad infantil puede ser *autoerótica*, es decir, puede tomar como objeto el propio cuerpo del niño o partes de él. Los componentes de la sexualidad infantil dirigidos hacia los objetos, muestran rasgos arcaicos (objetivos de incorporación y ambivalencia). Cuando un instinto parcial es bloqueado se produce el fortalecimiento correspondiente de instintos parciales "colaterales".

El niño pequeño es una criatura instintiva, llena de impulsos sexuales perversos polimorfos, o para expresarlo más correctamente, llena de una sexualidad total aún indiferenciada, que contiene, en uno solo, lo que luego serán los "instintos parciales". Al comienzo, la realidad parece ser juzgada únicamente en cuanto es compatible o no con la satisfacción instintiva. Tal como la concibe el yo primitivo, la realidad se halla coloreada por el *status* de sus objetivos sexuales. Toda clase de excitación, en el niño, puede convertirse en fuente de excitación sexual: los estímulos mecánicos y musculares, los afectos, la actividad intelectual e incluso el dolor. En la sexualidad infantil no hay una neta diferenciación entre excitación y satisfacción, si bien existen ya fenómenos similares al orgasmo, es decir, sensaciones placenteras que traen relajamiento y ponen fin a la excitación sexual. Pero con el tiempo los genitales comienzan a funcionar como un aparato especial de descarga, que concentra sobre sí toda excitación sexual y la descarga, sea cual fuere la zona erógena en que se haya originado.

Se llama primacía genital al hecho de convertirse esta función de los genitales en dominante con relación a las zonas erógenas extragenitales, y de que todas las excitaciones sexuales adquieren finalmente una orientación genital y se descargan en forma de clímax. La antétesis de la primacía genital es el período pregenital más temprano, durante el cual el aparato genital no ha adquirido aún el predominio y el relajamiento logrado no llega, a causa de ello, a ser completo. El camino que lleva de las funciones pregenitales tempranas a la primacía genital puede ser descrito desde dos puntos de vista: desde el punto de vista del cambio que se registra en cuanto a que sea una u otra la zona erógena principal, y desde el punto de vista de los tipos de relación objetal.

Hay que destacar especialmente, ante todo, que el concepto de etapas del desarrollo es un concepto relativo, cuya sola finalidad es la de permitirnos una orientación mejor. Prácticamente, todas las etapas del desarrollo se van sucediendo gradualmente, y todas ellas se interpenetran hasta cierto punto.

Cuando se intenta introducir un orden en la abundante cantidad de fenómenos de la sexualidad infantil, llama la atención un período en que

estos fenómenos son relativamente poco numerosos, disminuyendo tanto en número como en intensidad las manifestaciones sexuales directas. Éste es el llamado período de latencia, que se extiende desde la edad de cinco o seis años hasta la pubertad. Es verdad que las manifestaciones sexuales nunca desaparecen por completo. Se han descrito sociedades en las que parece faltar el período de latencia, y aun en nuestra cultura hay muchos niños que no renuncian a la masturbación durante esos años; pero incluso en estos casos el sexo se halla menos en primer plano que antes o después de dicho período. Freud opinaba que la existencia del período de latencia es un hecho característico de la especie humana. El primer florecimiento de la sexualidad infantil está "condenado a la destrucción" por la naturaleza, por decirlo así, y este hecho es una condición biológica previa de la represión, y por consiguiente, de la neurosis (618). Otros autores señalan que, puesto que hay tribus primitivas en las que no se ve aparecer nunca el período de latencia, debe achacarse a las restricciones culturales la renuncia a los deseos sexuales (1102, 1278). No existe, empero, una contradicción muy neta entre fenómenos de determinismo "biológico" y determinismo "social". Los cambios biológicos pueden tener su origen en influencias externas anteriores. Es posible que el período de latencia sea el resultado de influencias externas que habrían actuado durante un tiempo suficientemente prolongado como para haber dejado huellas permanentes; tal vez estemos presenciando en esto el momento en que las influencias externas están adquiriendo un status biológico. En este período, en todo caso, las fuerzas que se oponen a las pulsiones instintivas, tales como la vergüenza, la repugnancia, etc., se desarrollan a costa de las energías instintivas.

De esta manera, la sexualidad preadulta puede ser dividida en tres períodos principales: el período infantil, el de latencia y la pubertad. Actualmente se conocen muy bien el comienzo y el final del período infantil, no así el lapso comprendido entre ambos períodos, que aún requiere mucha investigación. Es posible que ciertas mudanzas, de por sí accidentales, tengan en esta etapa intermedia una importancia mayor que en la fase inicial y la final.

LA ETAPA ORAL

El comienzo se halla representado por el tipo oral (más correctamente intestinal) de organización de la libido (13, 555). Al ocuparnos del desarrollo del yo fueron señalados los factores a causa de los cuales el conocimiento de la realidad se produce en conexión con la experiencia del hambre y la saciedad. Vimos claramente, más tarde, que las primeras percepciones se hallaban vinculadas a una especie de incorporación oral y que el primer acto de juzgar es la decisión acerca de si una sustancia dada era o no comestible. Podemos complementar ahora estos hallazgos con una exposición acerca del fenómeno autoerótico de la succión del pulgar. La

succión del pulgar es una cosa ya evidente en el recién nacido y puede considerarse, por supuesto, reflejo innato. Esto no nos impide observar que este reflejo se relaciona con un tipo de estimulación ligado habitualmente a la función de la nutrición, pero que se ha independizado de ella. La succión del pulgar demuestra que el placer que proporciona el pecho o la mamadera no se basa únicamente en la gratificación del hambre, sino también en la estimulación de la membrana mucosa oral erógena; de otro modo el bebé rechazaría, decepcionado, su pulgar, puesto que no da leche. Aquí la excitación sexual se ha apoyado originariamente en la necesidad de alimentarse; de una manera similar, la excitación sexual primitiva se ha apoyado también en otras funciones fisiológicas, en la respiración y las sensaciones cutáneas y en las sensaciones de la defecación y la micción.

No es necesario que entremos aquí en detalles acerca de los muchos fenómenos en los cuales se ve persistir el erotismo oral en el adulto: el beso, las prácticas perversas, la costumbre de beber y de fumar y muchos hábitos de la comida. Es necesario no olvidar, sin embargo, que en lo que se refiere a beber y a fumar no se trata únicamente de erotismo oral. El alcohol y la nicotina son también toxinas, que producen por vía química ciertos cambios deseados en el equilibrio de los conflictos instintivos. Estos cambios reducen las inhibiciones, elevan la autoestima y rebajan la ansiedad, al menos por un corto tiempo y hasta cierto punto.

El objetivo del erotismo oral es primeramente la estimulación autoerótica placentera de la zona erógena y luego la incorporación de objetos. Los bizcochos con figura de animal, que tanto gustan a los niños, representan un residuo significativo de primitivas fantasías canibalísticas (165). La aparición de una gula particularmente intensa, ya sea manifiesta o bien —una vez reprimida— en forma de derivados, puede hallar siempre su explicación en el erotismo oral. Muchas peculiaridades de personas fijadas a este nivel, resultarán fáciles de explicar si advertimos que en este período los objetos no son considerados como individuos sino como alimentos o proveedores de alimentos. Incorporando los objetos, se logra la unidad con éstos. La "introyección oral" es también la realizadora de la "identificación primaria". La idea de comer el objeto o la de ser comido por un objeto siguen siendo la forma en que es percibido inconscientemente todo restablecimiento de la unión con los objetos. La comunión mágica consistente en "convertirse en la misma sustancia", ya sea comiendo el mismo alimento o por la mezcla de sangre con otra persona, y la creencia mágica de que una persona se vuelve similar al objeto que ha comido, se basan en este hecho. Abundantes pruebas de esto pueden hallarse en una serie de hechos que van desde los ritos religiosos hasta los hábitos de la vida diaria. Estrecharse las manos significa sellar la unión de dos personas haciendo que la sustancia corporal de una fluya dentro de la otra. Y un compañero no deja de ser un "com-pan-ero", una persona cuyo pan es el mismo pan nuestro.

En la relación con los fines específicos del erotismo oral, y en conso-

nancia con la errónea concepción animista, se observan temores orales específicos, especialmente el temor de ser comido (414, 618).

La experiencia analítica demuestra que el miedo de ser comido encubre a menudo una angustia de castración oculta y más profunda (566, 599). Esto no debe tomarse como una objeción al carácter arcaico de este miedo. Este encubrimiento, que constituye una ayuda en la lucha contra la angustia de castración, puede actuar mediante la regresión.

La idea de ser comido, por supuesto, no siempre es fuente de temor, sino que puede también, en determinadas circunstancias, ser fuente de un placer oral. No sólo existe el anhelo de incorporar objetos, sino también un anhelo de ser incorporado por un objeto de mayor tamaño. Muy a menudo los fines aparentemente contradictorios de comer y ser comido aparecen condensados entre sí. En el capítulo sobre el yo hemos descrito el anhelo de volver a unirse con un objeto al que se ha cedido la propia omnipotencia. Este volver a unirse es también percibido inconscientemente como una manera de ser comido por un objeto más grande y más poderoso; depende de las circunstancias de cada caso individual el hecho de que esta idea vaya unida a un anhelo positivo o a una ansiedad (712).

La experiencia clínica demuestra que a menudo los fines de incorporación oral adquieren un carácter sádico. Esto se produce probablemente por la influencia de desconocidos factores constitucionales o como reacción a las frustraciones. El análisis de personas afectadas de depresión o con adiciones demuestra que, de hecho, el carácter sádico de las fantasías de incorporación no se ha agregado más tarde sino que en realidad ha estado actuando ya en la época de la etapa oral. Pero esto no constituye ciertamente una razón para suponer que todo niño que se alimenta al pecho de la madre tiene el deseo de matar y destruir a ésta de una manera sádica. El material clínico de los analistas de la escuela británica que sostienen este punto de vista (958, 959, 1309) no puede ser puesto en duda, desde luego. Lo que resulta dudoso, en cambio, es que los casos descritos sean típicos; representan más bien casos patológicos con fijaciones sádico-orales especiales (99, 429).

Sin embargo, la incorporación destruye objetivamente el objeto. Este hecho confiere a todos los fines de incorporación un carácter más o menos "ambivalente". Ya hemos dicho que esta ambivalencia no existe desde el comienzo mismo. Mientras no hay una idea de los objetos, no tiene sentido hablar de ambivalencia. Pero tan pronto como se ha formado una idea de los objetos, el carácter objetivamente destructivo de la incorporación facilita el establecimiento de una vinculación entre ideas de incorporación y sadismo, especialmente cuando es el caso de haber sufrido frustraciones definidas (26).

Las fantasías sádico-orales, reconstruidas en el análisis de personas fijadas oralmente (cfr. 104), y que se observan a veces en psicosis orientadas oralmente, tienen un carácter tan fantástico que algunos autores han llegado a opinar que las experiencias reales no tienen, en su formación,

ninguna importancia (1312). Sin embargo, estas "fantasías" expresan, en realidad, la forma en que un yo arcaico no desarrollado percibe a su manera, erróneamente (e interpreta), una realidad frustradora.

Abraham distinguió dos sub-etapas en la etapa oral: una preambivalente, en la que, subjetivamente, no existen los objetos y sólo se busca la succión placentera, y otra ambivalente, que aparece después de la erupción de los dientes, y que tiene como fin morder el objeto (26). El análisis de perversos sádicos revela, a menudo, que en el fondo de sus síntomas hay una fijación al fin sexual oral de morder (1205). Esta correlación entre la succión y la etapa anterior a la instauración de los objetos, por un lado, y por otro lado, entre el morder y las pulsiones sádico-orales, no es, sin embargo, enteramente ajustada; a menudo pueden observarse fantasías sádico-orales de succión dirigidas contra objetos (fantasías de vampirismo).

Entre las neurosis, el ciclo maniaco-depresivo y las adicciones son los que presentan manifestaciones de fijación al nivel oral. Sin embargo, puesto que en el desarrollo psíquico se observa la persistencia de niveles primitivos del desarrollo detrás de los niveles más maduros, las características erótico-orales no faltan tampoco en todas las demás neurosis.

Por su gran importancia en el desarrollo ulterior de las neurosis, será conveniente que nos detengamos nuevamente en los conceptos de fijación y regresión, de que nos hemos ocupado ya en el capítulo sobre el yo (véase pág. 72). Dijimos allí que en el desarrollo psíquico la promoción a un nivel superior no se produce nunca de una manera completa, sino que, junto al nuevo nivel alcanzado, o detrás de él, persisten, en cierto grado, características del nivel precedente. Pueden producirse perturbaciones del desarrollo no solamente en forma de una detención completa del mismo, sino también en forma de una persistencia de características correspondientes a etapas anteriores, en un grado mayor de lo que corresponde normalmente. Cuando en un momento nuevo de la evolución se producen dificultades, pueden originarse movimientos de retroceso mediante los cuales se vuelve a etapas anteriores que fueron vividas con más éxito. La fijación y la regresión son complementarias entre sí. Freud usó el símil de un ejército que avanza en territorio enemigo y va dejando tropas de ocupación en todos los puntos importantes. Cuanto más poderosas son las tropas de ocupación dejadas atrás, más débil es el ejército que prosigue su avance. Si este último tropieza con una fuerza enemiga demasiado poderosa, podrá suceder que retroceda a aquellos puntos en que previamente dejó las tropas más poderosas de ocupación (596). Cuanto más fuerte es una fijación, más fácilmente se producirá una regresión en cuanto surgen dificultades.

¿A qué factores se deben las fijaciones? Existen, fuera de toda duda, tendencias hereditarias que explican el hecho de que las diversas zonas erógenas tengan cantidades diferentes de catexis o diferentes grados de capacidad de descarga. Poco se sabe acerca de estos factores constitucio-

nales. El psicoanálisis ha logrado estudiar, sin embargo, los tipos de experiencias individuales que favorecen la aparición de fijaciones.

1. El hecho de experimentar excesivas satisfacciones en un determinado nivel trae por resultado una resistencia a renunciar a dicho nivel; si más tarde sobrevienen desdichas, surge siempre un sentimiento de nostalgia por la satisfacción anteriormente disfrutada.

2. Un resultado similar es producido por las frustraciones excesivas en un determinado nivel. Se tiene, en esto, la impresión de que en los niveles de desarrollo que no ofrecen suficiente satisfacción, el organismo se niega a seguir adelante, reclamando las satisfacciones que le son negadas. Si la frustración ha dado lugar a una represión, los impulsos en cuestión son, pues, escindidos del resto de la personalidad, dejan de participar en el proceso ulterior de maduración y comienzan a enviar sus perturbadores derivados del inconsciente a la conciencia. El resultado es que estas pulsiones quedan inalteradas en el inconsciente, reclamando constantemente el mismo tipo de satisfacción; de esta manera, también provocan siempre las mismas actitudes de defensa de parte del yo defensivo. Ésta es una de las fuentes de las "repeticiones" neuróticas (véase pág. 692).

3. A menudo nos encontramos con que hay, debajo de una determinada fijación, tanto satisfacciones excesivas como excesivas frustraciones; una excesiva indulgencia previa hace que la persona resulte incapaz de soportar ulteriores frustraciones; sucede entonces que las frustraciones poco considerables, que otro individuo menos "viciado por los mimos" podría tolerar, tienen el mismo efecto que ordinariamente provocan las frustraciones graves.

4. Se comprende así que los cambios bruscos de una situación de satisfacción excesiva a una situación de excesivas frustraciones tenga un especial efecto fijador.

5. Lo más frecuente, sin embargo, es que las fijaciones tengan su origen en experiencias de satisfacción instintiva que simultáneamente significaron un reaseguramiento frente a alguna ansiedad, o una ayuda en la represión de algún otro impulso temido. Esta satisfacción simultánea del impulso instintivo y la necesidad de seguridad, constituye la causa más común de las fijaciones.

LA ETAPA SÁDICOANAL

El análisis de las neurosis obsesivas permitió a Freud intercalar entre el período oral y el fálico otro nivel de organización de la libido, a saber, el nivel sádicoanal (581). El placer anal existe, desde luego, desde el comienzo de la vida. Pero durante el segundo año la zona erógena anal parece convertirse en la principal instancia ejecutiva de todas las excitaciones, las que, sea cualquiera el lugar en que se originan, tienden a descargarse ahora en la defecación. El fin primario del erotismo anal es,

por supuesto, el goce de las sensaciones placenteras de la excreción. La experiencia ulterior enseña que se puede aumentar la estimulación de la mucosa rectal reteniendo la masa fecal. Las tendencias de retención anal constituyen un buen ejemplo de las combinaciones de placer erógeno y seguridad contra la ansiedad. El temor a la excreción originariamente placentera puede conducir a la retención y al descubrimiento del placer de la retención. La posibilidad de lograr una estimulación más intensa de la membrana mucosa, y con ello una sensación más intensa mediante la acrecentada tensión de la retención, constituye la causa del placer de tensión, que es mayor en el erotismo anal que en todo otro erotismo. Las personas que, en sus placeres, tienden a prolongar el placer previo y a postergar el placer final son siempre erótico-anales latentes.

Por su origen y su carácter, la vinculación entre las pulsiones anales y las sádicas, a la que se alude ya en el término usado para designar el nivel de organización libidinosa (sadismo anal), es análogo a la vinculación, de la que ya nos hemos ocupado, entre oralidad y sadismo. Se debe en parte a influencias frustradoras, y en parte al carácter de los fines de incorporación. Deben agregarse a esto, sin embargo, otros dos factores. Primero, el hecho de que la eliminación es objetivamente tan "destructiva" como la incorporación. El objeto del primer acto sádicoanal son las heces mismas, cuya "expulsión" es percibida como una especie de acto sádico. En segundo lugar, el factor de "poder social" implícito en el hecho de controlar los esfínteres: en el aprendizaje de los hábitos higiénicos el niño encuentra la oportunidad de demostrar eficazmente su oposición a los mayores.

Existen razones fisiológicas que explican la vinculación entre el erotismo anal, por un lado, y por otro lado, la ambivalencia y la bisexualidad. El erotismo anal hace que un objeto —las heces— sea tratado por el niño de una manera contradictoria: el niño expulsa de su cuerpo la materia fecal y la retiene como si se tratara de un cuerpo amado; ésta es la raíz fisiológica de la "ambivalencia anal". Por otra parte, el recto es un órgano de excreción hueco; como órgano de excreción puede expulsar activamente algo, como órgano hueco puede ser estimulado por un cuerpo extraño que penetre en él. Las tendencias masculinas derivan de la primera aptitud, las tendencias femeninas de la segunda; ésta es la raíz fisiológica de la vinculación entre erotismo anal y bisexualidad (846).

Las primeras tendencias anales son, por supuesto, autoeróticas. Tanto la eliminación placentera como la retención placentera (más tardía) pueden alcanzarse sin necesidad de objeto. El hecho de que este placer es experimentado en una época en que todavía actúan los sentimientos primarios de omnipotencia puede verse en la sobrevaloración narcisista mágica de la potencia de los movimientos intestinales del individuo. Esto lo vemos expresado en numerosos residuos neuróticos y supersticiosos (19). Si bien el placer es alcanzado por la estimulación de la membrana mucosa rectal, las heces, como instrumento mediante el cual se alcanza este placer, se convierten también en objeto libidinoso. Las heces representan algo que

primeramente es el propio cuerpo, pero que es transformado en un objeto externo, es decir, constituyen el modelo de todo lo que puede ser perdido; y de este modo representan especialmente la "posesión", es decir, las cosas que son externas y tienen, no obstante, cualidad de yo. El impulso de la coprofagia, que es, por cierto, de fuente erógena (ya que representa un intento de estimular la zona erógena de la boca con la misma sustancia placentera que previamente ha estimulado la zona erógena del recto), representa al mismo tiempo un intento de restablecer el amenazado equilibrio narcisístico; lo que fue eliminado debe ser nuevamente introyectado. Un intento similar de reintroyección cutánea está representado por el impulso de embadurnar (1050). De esta manera las heces se convierten en un objeto amado en forma ambivalente. Son amadas, y se las retiene o se las reintroyecta, y se juega con ellas, y son odiadas y se las expulsa.

Algunos placeres anales son percibidos por primera vez en las sensaciones que provoca el cuidado materno al ser cambiados los pañales del niño. Este cuidado, y más tarde los conflictos provocados por el aprendizaje de los hábitos higiénicos que se le impone al niño, transforman gradualmente las tendencias anales autoeróticas en tendencias objetales. Los objetos, entonces, pueden recibir exactamente el mismo trato que las heces. Pueden ser retenidos o introyectados (existen diversos tipos de incorporación anal), como también eliminados y expulsados (21, 26). El aprendizaje de los hábitos higiénicos ofrece una amplia oportunidad de gratificaciones sensuales y hostiles. La "sobreevaluación narcisista" (19) se expresa ahora en un sentimiento de poder sobre la madre, en cuanto a darle o no darle las heces. Otras tendencias anales dirigidas a los objetos son los impulsos de compartir con alguien más las actividades anales: defecar juntos, observar y exhibir actividades anales, embadurnar juntos, defecar sobre otra persona o hacer que la otra persona defeque sobre uno. Todas estas tendencias objetales anales tienen una orientación ambivalente. Pueden expresar ternura de una manera arcaica, así como (luego que han sido objeto de condenación) hostilidad y desprecio ("hacerle a alguien un juego sucio") (463, 1074).

Abraham tomó esta actitud contradictoria del individuo erótico-anal hacia el mundo objetivo como punto de partida para sugerir la subdivisión de la etapa de organización anal de la libido en un primer período, donde el fin, de carácter sádico, consiste en el placer de la excreción, sin consideración alguna hacia el objeto, y un período posterior, caracterizado por el predominio del placer de la retención, con conservación del objeto (26). El tomar en consideración el bienestar del objeto, que es lo que constituye el amor, tiene su comienzo, probablemente, en esta segunda fase anal; su primera manifestación es la disposición a sacrificar las heces en obsequio del objeto.

Así como las frustraciones, en el período oral, dan origen, en virtud de arbitrarias interpretaciones animistas, a la creación de angustias orales específicas, en el período anal las frustraciones dan lugar a angustias anales específicas. Como represalia por las tendencias sádicoanales se originan

temores de que aquello que uno ha deseado perpetrar analmente contra los demás le sucederá ahora a uno mismo. Aparecen temores de daño físico de carácter anal, tales como el temor de un escape violento de heces o de contenidos corporales.

Las demás zonas erógenas y los demás impulsos parciales son un poco dejados de lado en la literatura psicoanalítica, ya que no llegan a ser zonas de acción predominantes. Los conflictos respectivos, sin embargo, desempeñan a menudo un papel no menos decisivo en la génesis de las neurosis y en la formación del carácter que el del erotismo oral y el anal.

EROTISMO URETRAL

La aparición del erotismo uretral infantil se halla tan íntimamente entrelazada con el erotismo genital infantil que no es mucho lo que se puede decir a su respecto antes de que nos ocupemos de la genitalidad infantil. En etapas posteriores, sin embargo, aparece, a menudo, como un oponente pregenital de la sexualidad genital auténtica. El niño erótico-uretral se da cuenta necesariamente de la diferencia entre los sexos en relación con la micción. El erotismo uretral, por ello, aparece frecuentemente combinado con el complejo de castración.

El fin primario del erotismo uretral es, naturalmente, el placer de orinar. Pero hay también un placer uretral de retención, de carácter secundario, análogo al placer de retención anal, y conflictos que giran alrededor del mismo. Esto es más frecuente en las niñas, probablemente por razones anatómicas. En cualquier caso, no parece justificado considerar el placer de la retención como sinónimo de placer anal y el placer de la excreción como sinónimo de placer uretral, tal como en cierta ocasión trató de hacer Ferenczi (497).

Los fines originales del erotismo uretral son, sin duda, autoeróticos, tal como son los del erotismo anal; más tarde, también el erotismo uretral puede volverse hacia los objetos. El aparato uretral se convierte entonces en el ejecutor de las fantasías sexualmente excitantes acerca de orinar sobre los objetos o que los objetos orinen sobre uno, o de fantasías en las que la relación con la micción es más oculta (1337).

Frecuentemente los niños orinan activamente la ropa o la cama para alcanzar un placer autoerótico. Más tarde, la enuresis puede presentarse como un síntoma neurótico involuntario, con el carácter de un equivalente inconsciente de la masturbación (véase págs. 266 y sigs.). El placer de orinar puede tener, en general, un doble carácter: puede tener, en los dos sexos, un significado fálico, e incluso sádico —en que el acto de orinar sería el equivalente de una penetración activa, con fantasías de dañar o de destruir— o bien puede ser sentido como un "dejar fluir", una actitud de entregarse pasivamente y de renunciar al control. El fin de dejar fluir pasivamente puede condensarse, en el varón, con otros fines pasivos, tales como recibir caricias en el pene o ser estimulado en la raíz del pene o

en el perineo (en la próstata) (1071). Mientras la parte fálica activa del erotismo uretral se ve pronto reemplazada en el varón, por la genitalidad normal, los fines eróticos-uretrales pasivos pueden entrar en conflicto con la genitalidad, condensados frecuentemente con fines anales; es cierto que el erotismo uretral masculino pasivo puede combinarse a menudo con fantasías bastante sádicas, tal como lo demuestra el análisis de casos de eyaculación precoz de carácter grave (14). La idea de dejar fluir es desplazada a menudo de la orina a las lágrimas. En la mujer, las dificultades erótico-uretrales tardías expresan, la mayor parte de las veces, conflictos que giran alrededor de la envidia del pene.

Dado que el placer experimentado en la retención de la orina es menos franco que el de la retención de heces, y en el varón puede, incluso, faltar del todo, los conflictos en la esfera del erotismo uretral se hallan caracterizados, más que por una lucha entre el impulso de eliminar y el de retener, por una tentación de gozar el primitivo placer erógeno de la excreción y el orgullo narcisista de controlar el esfínter de la vejiga. Este orgullo se debe al hecho de que los fracasos en mantener la higiene uretral son castigados habitualmente exponiendo al niño a la vergüenza, mucho más que en el caso de la higiene rectal. No es fácil decir desde qué momento se establece la profunda vinculación entre erotismo uretral y vergüenza; pero sí se puede decir que, así como la idea de ser comido es el miedo oral específico, y la idea de ser despojado de los contenidos del cuerpo es el miedo anal específico, la vergüenza es la fuerza específica dirigida contra las tentaciones erótico-uretrales. La *ambición*, tan a menudo descrita como una consecuencia de conflictos erótico-uretrales (794, 881), representa la lucha contra esta vergüenza (véase pág. 164).

OTRAS ZONAS EROGENAS

Toda la superficie de la piel, así como todas las membranas mucosas, tienen una función de zona erógena. Toda estimulación de la piel, todo contacto, así como toda sensación de temperatura o de dolor, constituyen fuertes potenciales de estimulación erógena, y al tropezar ésta con una oposición interna, puede dar origen a conflictos. El erotismo de la temperatura, en especial, se combina a menudo con el erotismo oral temprano y constituye un componente esencial de la sexualidad receptiva primitiva. Tener contacto cutáneo con el *partenaire* y sentir el calor de su cuerpo seguirá siendo un componente esencial de toda relación amorosa. Esto resulta especialmente notorio en las formas arcaicas de amor, donde los objetos sirven más bien como meros instrumentos para el logro de una satisfacción. El intenso placer del calor, frecuentemente manifestado en los hábitos neuróticos del baño, es fácil de hallar en personas que simultáneamente presentan otros signos de orientación pasivo-receptiva, especialmente en el aspecto de la regulación de la autoestima. Para estas personas, "lograr cariño" significa "lograr calor". Son personalidades "congeladas",

que se "descongelan" en una atmósfera "cálida", personas que pueden permanecer sentadas durante horas en un baño caliente o sobre un artefacto de calefacción.

El erotismo del contacto es comparable a la escoptofilia, y ambos representan la excitación producida por estímulos sensoriales específicos. Una vez alcanzada la primacía genital, estas estimulaciones sensoriales tienen la función de promotores de la excitación y desempeñan el correspondiente papel en el placer preliminar. Si durante la infancia han sido objeto de rechazo, permanecerían aisladas, reclamando por propia cuenta una gratificación plena y perturbando con ello la integración sexual. El erotismo del contacto no está forzosamente vinculado a la escoptofilia.

En el caso de un escultor que padecía de inhibiciones neuróticas, se encontró que la base de la neurosis eran temores específicos que se habían vinculado a objetivos del erotismo del contacto.

Sería interesante un estudio del desarrollo del erotismo del contacto en los ciegos (223). La sublimación del placer de contacto es de gran importancia para el yo en su aprendizaje del control del mundo externo (1405).

El placer provocado por los estímulos dolorosos de la piel constituye la base erótica de todos los tipos de masoquismo (véase pág. 405).

Cuando los objetivos del erotismo cutáneo ya no son autoeróticos, sino que están dirigidos a los objetos, se hace muy neto el fin arcaico de incorporación. La "introyección por la piel" desempeña un papel significativo en el pensamiento mágico de todas las épocas, así como en las fantasías sexuales inconscientes de los neuróticos (1050).

No siempre puede distinguirse el erotismo de la piel del erotismo muscular o de la sexualización de los datos de la sensibilidad profunda (1338). El erotismo muscular se pone de manifiesto en muchos juegos, deportes, etc., y patológicamente en muchos síntomas de conversión o en las inhibiciones de ciertas actividades musculares sexualizadas. El placer sexual que se logra en las sensaciones de sensibilidad profunda, en los fenómenos neuróticos, es de una importancia mucho mayor de la que generalmente se le concede (410, 444, 526, 837, 1384, 1386, 1391). Ya hemos mencionado la importancia de los placeres y temores que giran alrededor de las sensaciones cenestésicas y de las sensaciones de los sentidos del equilibrio y del espacio al referirnos a los niveles arcaicos del yo. Dado que la excitación (y los conflictos) provocados por estas sensaciones representan un componente esencial de la sexualidad infantil, las sensaciones mismas pueden constituirse más tarde en representantes de la sexualidad infantil en general. En los adultos y los niños mayores aparecen sensaciones cenestésicas de los niveles tempranos del yo en el momento de dormirse, lo cual puede contribuir a crear perturbaciones del sueño si estas sensaciones, a causa de su significado sexual latente, tienen un efecto atemoriza-

dor. El retorno de viejas y nada claras sensaciones del equilibrio y del espacio es a menudo el signo externo de una reactivación de la sexualidad infantil inconsciente. Parecen ser especialmente importantes cada vez que las sensaciones de excitación se convierten en sensaciones de ansiedad.

La vinculación entre ansiedad y sensaciones del equilibrio puede tener un origen fisiológico profundo. Diferentes autores han destacado el hecho de que el miedo de perder el equilibrio, en el hebé, puede constituir el patrón de acuerdo con el cual, más adelante, se estructuran otras ansiedades (72, 780, 1391).

INSTINTOS PARCIALES

La escoptofilia, la sexualización de las sensaciones de mirar, es análoga al erotismo del contacto. Los estímulos sensoriales, que normalmente son los iniciadores de la excitación y los ejecutores del placer preliminar, si son muy poderosos o son reprimidos, se resisten más tarde a subordinarse a la primacía genital. Dondequiera que hay una sexualización de sensaciones de los órganos de los sentidos, pueden verse nuevamente todos los rasgos descritos como característicos de la percepción primitiva: actividad de los órganos de percepción, motilidad inseparablemente vinculada a la percepción, "incorporación" de lo percibido, con una modificación consiguiente del yo de acuerdo con los lineamientos de lo que ha sido percibido. La observación de un niño que está mirando algo con propósito libidinoso demuestra rápidamente en qué consisten los rasgos concomitantes o prerequisites del mirar placentero: el niño quiere mirar un objeto para "sentir lo mismo que éste".

Esto se ve con claridad en el análisis de los *voyeurs* perversos. Los que quieren observar parejas se identifican siempre, en la fantasía, con uno de los *partenaires*, o incluso con los dos a la vez.

Muy a menudo los impulsos sádicos se hallan ligados a la escoptofilia: el individuo quiere ver algo para destruirlo (o para reasegurarse de que el objeto aún no ha sido destruido). A menudo el mirar mismo es percibido inconscientemente como un sustituto de destruir ("yo no lo destruí, no hice más que mirarlo").

La idea obsesiva típica en la mujer, de tener que mirar compulsivamente los genitales masculinos, representa a menudo una expresión deformada del deseo sádico de destruir los genitales masculinos.

En muchas fantasías escoptofílicas aparece con especial claridad la fantasía de incorporar a través del ojo el objeto que se ve (430). La escoptofilia es, en los niños, el componente principal de la curiosidad sexual, que a menudo tiene la cualidad de una pulsión instintiva. El "conocer

hechos sexuales" puede servir de sustituto a la observación de hechos sexuales y convertirse por sí mismo en un fin sexual (249, 461, 1059). Puede desplazarse y dar origen al constante interrogar de los niños, tan conocido y que tan fastidioso suele resultar para los mayores. Puede sublimarse también, convirtiéndose en un interés verdadero en la investigación, o bien su represión puede bloquear todo interés intelectual, lo cual depende de cuáles son las experiencias asociadas a esta curiosidad sexual instintiva (251, 561). Las "escenas primarias" (es decir, la observación de los adultos en sus actividades sexuales) o el nacimiento de un hermanito, constituyen las experiencias más comunes que pueden estimular o bloquear la curiosidad.

Tal como otros componentes sexuales, la escoptofilia puede convertirse en objeto de represiones específicas (8). Freud escribió una vez un artículo especial sobre las diversas consecuencias de estas represiones (571). Los casos extremos se producen ocasionalmente en personas tímidas, inhibidas, que en realidad no se atreven a mirar a los que le rodean. Existen temores específicos que los *voyeurs* inhibidos sienten como temor a la ley del talión. Ejemplos de esto son el "mal de ojo" y el "ser convertido en piedra" (430). Se puede considerar la timidez, en general, como el temor específico que corresponde al impulso escoptofílico (véase págs. 207 y sig.).

La contraparte de la escoptofilia es el exhibicionismo, que habitualmente aparece junto con la escoptofilia. Freud señaló que esto puede deberse al hecho de que ambos tienen un precursor común en el fin sexual de mirarse a sí mismo (588). Debido a este origen, el exhibicionismo conserva un carácter más narcisista que cualquier otro instinto parcial. Su placer erógeno se vincula siempre a un incremento en la autoestima, anticipado o efectivamente logrado por el hecho de que otros miran al sujeto. En la *perversión* del exhibicionismo este logro es utilizado como reaseguramiento contra los temores de castración (véase págs. 390 y sig.). De una manera mágica, el exhibicionismo, que procura un placer erógeno, puede ser usado simultáneamente para influir de diversas maneras sobre los que miran, ya sea con el propósito de ahuyentarlos (483, 634, 1249), o de mostrarles mediante gestos mágicos lo que se espera que hagan (555, 1296).

A causa de su relación con el complejo de castración, el exhibicionismo evoluciona de una manera diferente en uno y otro sexo. Dado que el hombre puede calmar su angustia de castración exhibiendo sus genitales, el exhibicionismo masculino permanece fijado a los genitales, donde desempeña un papel en el placer sexual preliminar. En la mujer, dado que la idea de estar castrada inhibe el exhibicionismo genital, hay un desplazamiento del exhibicionismo al cuerpo en su totalidad. No existe una *perversión* femenina de exhibicionismo genital, pero el exhibicionismo femenino extra-genital desempeña un importante papel tanto dentro como fuera de la esfera sexual (736).

Así como hay un impulso sexual de tocar o de mirar, existen tam-

bién impulsos sexuales de oír, gustar u oler. En cuanto a las vinculaciones entre los llamados sentidos inferiores y la sexualidad, se pueden afirmar las mismas cosas que dijimos acerca de las connotaciones sexuales de las sensaciones cenestésicas. Los sentidos inferiores, así como el cenestésico, toman parte en una proporción relativamente grande en la orientación general del niño, de modo que tienen, también ellos, una elevada catexis de sexualidad infantil. Las emociones (tanto la excitación como la ansiedad) que originalmente estuvieron vinculadas a la sexualidad infantil, pueden ser reactivadas más tarde, en una situación de conflicto con respecto a sensaciones del olfato, del gusto o del oído; una vez más, allí donde estas sensaciones representan impulsos sexuales hacia los objetos, se hallan en primer plano las ideas de incorporación (11, 420, 838). En los estados de regresión, la escoptofilia se retira a menudo a un segundo plano, mientras que los conflictos auditivos y olfativos vuelven al primer plano.

De hecho, los fenómenos de la sexualidad del gusto coinciden en su mayor parte con el erotismo oral, y los fenómenos de la sexualidad del olfato con el erotismo anal. A pesar de esto, sus vicisitudes pueden ser estudiadas por separado (838).

También el sadismo y el masoquismo pueden ser llamados, por cierto, instintos parciales normales; los encontramos en todos los niños. Es posible que el sadismo surja inicialmente de la voracidad instintiva con que son perseguidos los fines de incorporación de los impulsos pregenitales, representando así, más que un originario fin instintivo en sí mismo, una manera de bregar por fines instintivos. Otra raíz del sadismo es el fin instintivo y negativo de librarse de los estímulos dolorosos ("escupirlos"). La voracidad y el odio se condensan entre sí cuando la destrucción o el deterioro de un objeto se transforma en un fin instintivo en sí mismo, cuya satisfacción produce una especie de placer erógeno.

Todos los impulsos pregenitales, en sus fines de incorporación, parecen tener un componente de destrucción. Factores constitucionales que se desconocen, y sobre todo las experiencias de frustración, acentúan grandemente este elemento destructivo. Además del sadismo oral y el anal, otras zonas erógenas pueden ser fuente de sadismo. A menudo es la represión específica de este componente sádico de la sexualidad infantil lo que más tarde conduce a conflictos, y por lo tanto, a las neurosis.

El masoquismo, que es el hecho de dirigir el componente destructivo de la sexualidad contra el propio yo del individuo, es la contraparte del sadismo. Tiene una especial importancia teórica, ya que al fin manifiesto de autodestrucción parece contradecir el principio del placer. El problema consiste en establecer si esto se debe a un auténtico instinto autodestructivo, cuya acción estaría "más allá del principio del placer" (605), o bien se trata de una contradicción tan sólo aparente, y los fenómenos masoquistas son reductibles a cambios de dirección de las pulsiones sádicas, impuestos por el medio ambiente (601, 1277, 1299). Esto será tratado cuando nos ocupemos de la perversión masoquista (véase págs. 405 y sigs.). En cuanto concierne al instinto parcial del masoquismo, baste con decir que

su base erógena está constituida por el componente del erotismo de la piel (y el muscular), que es provocado por los estímulos dolorosos (mientras no sean muy intensos). Freud llamó a esto masoquismo erógeno (613). Todos los fenómenos ulteriores del masoquismo pueden ser considerados como elaboraciones de este tipo de erotismo, provocadas por ciertas experiencias (véase págs. 406 y sigs.). En principio, estas elaboraciones pueden ser comprendidas de la manera siguiente:

1. Pueden representar una vuelta de los impulsos sádicos contra el yo.
2. Pueden representar un mal necesario, en la medida en que la experiencia ha traído la convicción de que el placer sólo puede ser logrado soportando cierta cantidad de dolor; el soportar este dolor se transforma así en un objetivo intermediario desdichado, pero inevitable. El acto masoquista puede constituir un "mal menor": mediante un acto autodestructivo se paga inconscientemente un pequeño precio para evitar un mal mayor que se teme (1240). Ésta es la psicología del "sacrificio". Un daño mayor es evitado sometándose el yo a otro daño anterior y menor.
3. El mecanismo generalmente usado para controlar las experiencias traumáticas puede complicar la sexualidad de una persona: cuando se está a la espera de una cosa desagradable, ésta puede ser anticipada activamente en un grado posible de control y en un momento que se conoce.
4. Hay experiencias que pueden inhibir la actividad y provocar la regresión a un comportamiento de tipo receptivo. Muchos fenómenos masoquistas se revelan en el análisis como un fortalecimiento de la actitud pasivo-receptiva de entregarse a cambio del placer de recobrar la participación en la omnipotencia. La pequeñez propia puede ser motivo de goce si sirve para sentir que se participa de la grandeza de otro (817, 819).

LA FASE FÁLICA. LA ANGUSTIA DE CASTRACION EN EL VARON

Al llegar a su término la sexualidad infantil, la concentración genital de todas las excitaciones sexuales es un hecho. El interés por los genitales y por la masturbación genital alcanza una importancia dominante, e incluso se ve aparecer una especie de orgasmo genital. Freud dio a esta fase el nombre de organización genital infantil o fase fálica (609).

El hecho de que una descarga genital general de todas las formas de excitación sexual surja hacia el cuarto o quinto año de edad no significa, naturalmente, que antes de esa época los genitales no hayan tenido una función de zona erógena. La eficacia de los genitales como órgano de sensibilidad erógena es elevada desde el nacimiento; la masturbación genital puede ser observada en la primera infancia. La erogeneidad genital es tan primaria como los elementos erótico-anales y erótico-uretrales, y no es originada por un desplazamiento de estos elementos (497). Los órganos genitales y los urinarios coinciden, sin embargo, en alto grado. Fuera de toda duda, las primeras pulsiones genitales se hallan íntimamente entrelazadas con las pulsiones erótico-uretrales.

Ocurren, sin embargo, desplazamientos de catexis pregenitales a impulsos genitales, lo cual acrecienta la erogeneidad genital. Un desplazamiento de esta índole es lo que se describe en la siguiente formulación: la excitación sexual, dondequiera que se origine, se concentra cada vez más en los genitales, y en determinado momento es desahogada de una manera genital.

Sea cualquiera la fisiología de la erogeneidad, es necesario tener presente que, desde el punto de vista psicológico, no hay una libido específicamente oral, anal y genital; hay una sola libido, que puede desplazarse de una zona erógena a otra. Pero allí donde se han creado ciertas fijaciones, entran en acción fuerzas que resisten a ese desplazamiento, en forma tal, por ejemplo, que las fijaciones pregenitales, en los neuróticos, estorban la progresiva concentración genital de las excitaciones durante el acto sexual.

Los desplazamientos que rigen las vicisitudes ulteriores del erotismo anal han sido estudiados y descritos por Freud y otros autores (593, 832, 1634). Asimismo puede producirse un desplazamiento retrógrado de catexis anales a funcionales orales, cosa que se observa regularmente en el tartamudo (véase págs. 354 y sigs.).

La organización genital infantil y la sexualidad adulta presentan rasgos comunes y diferencias. Las analogías se refieren a la concentración genital y al carácter objetal de las relaciones. En general, el niño, en la fase fálica, se parece al adulto, desde el punto de vista sexual, más de lo que generalmente se ha llegado a comprender. En las condiciones culturales actuales la manifestación más importante de la genitalidad infantil es la masturbación, si bien se producen también actos que se parecen al coito.

Este es el momento más apropiado, quizás, para intercalar unas pocas observaciones de carácter general acerca de la masturbación (cf. 455, 580, 1588). La masturbación, es decir, la estimulación de los propios genitales a objeto de lograr placer, es un hecho normal en la infancia, y en las condiciones culturales actuales es normal también en la adolescencia, e incluso en la edad adulta, como un sustituto, cuando la persona no tiene a su alcance un objeto sexual. Cuando una persona, cuya actividad sexual es bloqueada por circunstancias externas, se niega absolutamente a recurrir a esta solución, el análisis revela siempre un temor inconsciente o un sentimiento de culpa como fuente de la inhibición (626). En los pacientes que no se masturbaron durante la adolescencia se revela también que sus aprendizajes sexuales habían sido sobrepasados en gran medida por el temor y los sentimientos de culpa. Esto implica un pronóstico pobre; el hecho se debe a una represión particularmente profunda de la masturbación infantil (1264, 1267).

La masturbación más temprana de los niños pequeños es una simple estimulación autoerótica de los genitales. Más tarde las actividades masturbatorias se vinculan a fantasías referentes a objetos; esto es lo que sucede siempre en la masturbación durante la etapa fálica (555).

El origen de una importante función de la masturbación normal en la infancia nos es revelado por los datos que nos ofrecen el sueño y el pensamiento inconsciente. Aquí la masturbación se equipara normalmente al juego. El juego de niños, como ya sabemos, tiene al comienzo la función de alcanzar el control diferido de las impresiones intensas; más tarde anticipa acontecimientos posibles en un grado y en el momento que convienen al yo, preparando así al niño para excitaciones futuras (605, 1552). De

una manera análoga, la masturbación infantil puede servir como medio para aprender gradualmente a controlar en forma activa la experiencia de la excitación sexual.

La descarga genital de la masturbación puede ser usada como una descarga de los deseos sexuales de toda índole. Su valor psicológico varía de acuerdo con cada caso, y los temores y los sentimientos de culpa varían junto con aquél. Si bien, como se comprende, los niños a quienes los adultos les prohíben la masturbación incuban temores y sentimientos de culpa acerca de dicha actividad como tal, e incluso, de acuerdo con una arbitraria interpretación animista, esperan fantásticos castigos, tales como la castración, el análisis demuestra que los temores y sentimientos de culpa se refieren más bien a las fantasías que acompañan el acto masturbatorio. En la etapa fálica estas fantasías, por regla general, expresan de una manera más o menos directa, el complejo de Edipo (del que nos vamos a ocupar más adelante). En la adolescencia, y más adelante, sucede a menudo que no sólo continúan, vinculados a la masturbación, los temores y los sentimientos de culpa, sino que hay una clara resistencia de parte de los pacientes al esclarecimiento del carácter inocuo de la masturbación. Parecería que tuvieran algún interés inconsciente en creer que la masturbación es una cosa terrible. El análisis demuestra, por regla general, que un sentimiento de culpa proveniente de las tendencias del complejo de Edipo ha sido desplazado a la actividad que sirve de desahogo para dichas fantasías inconscientes. (Las fantasías conscientes de masturbación constituyen un derivado deformado de las fantasías edípicas inconscientes.) Este desplazamiento sirve de respaldo a la represión del complejo de Edipo. Si los pacientes creyeran que la masturbación en sí es dañina, no quedarían liberados del sentimiento de culpa: tendrían que ir en busca de la fuente del mismo y podrían llegar a darse cuenta de lo reprimido. Por esta razón prefieren sentirse culpables "por masturbarse" (76, 789).

La masturbación es patológica, sin duda, en dos casos: a) en todos los casos en que los adultos la prefieren al coito, y b) cuando se realiza no en forma ocasional, como medio de aliviar una tensión sexual, sino a intervalos tan frecuentes que queda al descubierto la existencia de una disfunción en cuanto a la capacidad de satisfacción sexual.

La preferencia por la masturbación en lugar de las relaciones sexuales objetales demuestra directamente la existencia de una timidez y una inhibición neuróticas debidas a profundos temores o sentimientos de culpa, o bien es el caso de un supuesto "placer más intenso" logrado en la masturbación, debido en su mayor parte a fantasías perversas que los pacientes no se atreven a traducir en hechos en la realidad, o que realmente no podrían llevarse a los hechos. Pero esto se debe a temores inconscientes vinculados a la idea de la aproximación sexual de objetos reales. La masturbación es, en este caso, una especie de síntoma perverso, un sustituto de la actividad sexual cuando la actividad verdadera se halla neuróticamente inhibida.

La masturbación excesivamente frecuente revela su carácter de síntoma neurótico a simple vista. Se produce cuando se halla perturbada la capacidad de satisfacción. Los problemas generalmente vinculados a este tipo de masturbación son: a) conflictos centrados alrededor de la hostilidad y la agresividad dirigidas a procurar por la fuerza la satisfacción ausente, y b) conflictos centrados alrededor de la expectativa del castigo correspondiente a esta agresividad. Los efectos desfavorables de la masturbación demasiado frecuente pueden ser percibidos e incluso buscados a título de bien merecido castigo de "castración". Este tipo de masturbación desaparece siempre que el análisis logre, y en el momento en que logre, restablecer la capacidad de satisfacción sexual.

Resulta claro, de este modo, que en determinadas circunstancias la masturbación actúa, en los adultos, como un *síntoma* de neurosis; pero no *crea* la neurosis. Puede formar parte, empero, de un círculo vicioso. Si la timidez neurótica induce a una persona a masturbarse en lugar de aproximarse sexualmente a un objeto, esta persona no

aprenderá nunca que un objeto es realmente capaz de procurar un placer más intenso: el camino hacia el "sustituto" que es la masturbación es *fácil*, y lo que pasa entonces es que el individuo se "echa a perder", por así decirlo, es decir, se hace menos dispuesto a afrontar las dificultades que supone el lograr un objeto, con lo que se acrecienta la timidez, que fue la causa originaria de la masturbación.

Por sí misma la masturbación no produce neurosis. Pero se ha demostrado clínicamente que la masturbación *fallida*, es decir, la masturbación que incrementa la tensión sexual sin ser capaz de descargarla en forma adecuada, da lugar a síntomas de neurosis actual (76, 1268).

Dado que los genitales desempeñan en la primera infancia tan sólo el papel de *primus inter pares*, las actividades autoeróticas de los niños pequeños no se limitan, de ningún modo, a la masturbación genital. Todas las zonas crógenas pueden ser estimuladas autoeróticamente. Pero cuando un adulto o un niño mayor se entrega predominantemente, en sus prácticas, a diversos géneros de masturbación anal, oral, uretral, muscular, etc., el análisis revela, por lo regular, que esto representa un sustituto regresivo de la masturbación genital, una vez que ésta ha sido reprimida (733).

Las relaciones entre la masturbación, por un lado, y por otro lado la neurastenia, la hipersexualidad y la neurosis obsesiva serán tratadas en los capítulos respectivos.

Existen también, por supuesto, diferencias características entre la genitalidad infantil de la fase fálica y la genitalidad cabal del adulto. Particular característica del varón en esta edad es un *orgullo* varonil, que se halla limitado, por supuesto, por pensamientos en el sentido de que todavía no es un adulto, que su pene es más pequeño que el de su padre o el de otros hombres adultos. Este hecho representa un serio golpe a su narcisismo; los niños sufren por el hecho de ser niños, y la idea de tener un pene demasiado pequeño puede convertirse en la expresión de ulteriores sentimientos neuróticos de inferioridad, que en realidad se deben a la impresión de haber sido inferior al padre en la rivalidad edípica (cfr. 566).

En la etapa fálica el varón se ha identificado con su pene. La elevada valoración narcisista de este órgano puede ser explicada por el hecho de que precisamente en esta época éste se hace tan rico en sensaciones y aparecen en primer plano tendencias activas de usarlo para fines de penetración.

Hasta este momento los impulsos fálicos habían coexistido con tendencias pasivas a sentir caricias en el pene (1071). Las tendencias fálicas pasivas que a menudo hallamos más tarde, como base de causas graves de eyaculación precoz, se hallan condensadas, por lo común, con tendencias erótico-uretrales, y por regla general son regidas, en realidad, por la "sexualidad prostática" (véase págs. 104 y sig.).

El temor de que algo pueda sucederle a este órgano sensitivo y preciado se llama angustia de castración. Este temor, al que tan importante papel se adjudica en el desarrollo total del varón, representa un *resultado* y no una causa de aquella elevada valoración (423). Sólo la elevada catexis narcisística del pene en este período explica la eficacia de la angustia de castración. Sus precursores en las angustias orales y anales en relación

con la pérdida del pecho o de las heces (36, 39, 1466) carecen de la fuerza dinámica característica de la angustia de castración fálica.

La angustia de castración del varón en el período fálico puede compararse al temor de ser comido, del período oral, o al temor de ser despojado de los contenidos del cuerpo, del período anal; es el temor a la represalia característico del período fálico. Representa la culminación de los temores fantásticos de daño corporal.

En última instancia, la idea de castración puede estar basada en vestigios del antiguo reflejo biológico de la autotomía (1242); menos profundamente, pero más seguramente, se halla basado en la arcaica idea vengativa del talión: el mismo órgano que ha incurrido en pecado es el que debe ser castigado.

Pero son los que rodean al niño los que recorren más de la mitad del camino al encuentro de la disposición infantil a creer en tales ideas de castigo. Son muchos los adultos que, al ver masturbarse a un niño, todavía le amenazan con "cortárselo". Habitualmente esta amenaza es menos directa, pero se sugieren otros castigos, ya sea en serio, ya en broma, que el niño interpreta como amenazas de castración (1051). Pero incluso experiencias que objetivamente no serían ninguna amenaza en este sentido pueden ser mal interpretadas por un niño de conciencia culpable. Así, por ejemplo, la experiencia de que realmente hay seres que no tienen pene: la observación de los genitales femeninos. Algunas veces esto último presta carácter de seriedad a una amenaza que previamente no había sido tomada en serio (566). En otros casos, el solo hecho de alcanzar la fase fálica puede bastar para reactivar pasadas amenazas que no habían hecho una impresión muy intensa durante las épocas pregenitales.

La angustia de castración del niño pequeño puede estar representada en múltiples ideas, cuya forma particular resulta comprensible merced a la historia infantil del caso. Las posibilidades son infinitas; sólo mencionaremos aquí algunas de las formas más frecuentes.

Después de una operación, el temor a la castración puede desplazarse al área operada; así, por ejemplo, a continuación de una amigdalectomía. Un niño que tiene que presenciar la decapitación de una gallina o ha sido impresionado por historias de decapitaciones, puede reemplazar la idea de castración por la de decapitación. Las ideas, conscientes o inconscientes, de ceguera o de daño al ojo, así como la idea de ser convertido en piedra, hacen pensar en conflictos sobre escoptofilia. La localización del temor en el pulgar indica succión del pulgar.

El carácter del peligro que se cree que amenaza al pene también es variable. Se puede suponer que el pene se halla amenazado por un enemigo masculino, es decir, por un instrumento penetrante y puntiagudo, o por un enemigo femenino, es decir un elemento "ceñidor", según hayan sido el padre o la madre la figura más amenazadora, o según cuáles hayan sido las particulares fantasías del niño acerca del coito. Las personas con fijaciones orales pueden temer que les sea arrancado el pene de un mordisco,

lo cual conduce a confusas ideas constituidas a la vez por elementos orales y genitales.

A veces ciertas experiencias específicas dan origen a formas de temor a la castración bastante grotescas.

Un niño que se sentía excitado sexualmente por sensaciones del equilibrio provocadas por un movimiento de girar sobre sí mismo, sintió luego el temor de que se le volara el pene.

Un paciente orientado oralmente que concibió inconscientemente la gratificación sexual como un proceso de comida, y que había hecho de su padre su principal objeto sexual, había oído hablar de cáncer y de microbios. Después de haber visto, siendo un jovencito, los genitales femeninos, incubó la siguiente idea fantástica: si me atrevo a comer el pene de mi padre (o lo que sale del pene de mi padre), las pequeñas chinches, que son el germen de los futuros niños, devorarán mi pene desde adentro.

A veces los niños están menos asustados por la idea de que su pene puede ser objeto de un daño en el futuro que por la idea de que su actividad masturbatoria puede haber lesionado realmente su pene, que éste ya no está sano y que ello se descubrirá algún día. Esto podría llamarse el complejo de castración de tipo femenino en el varón. Este hecho puede verse facilitado por la circuncisión o por un tratamiento médico en la región genital, como también por la vista del pene de un adulto o de un muchacho mayor. Los hombres que presentan este tipo de castración sufren a menudo el temor obsesivo inconsciente de que su pene es demasiado pequeño. Su convicción se debe a la impresionante visión, durante la infancia, del tamaño del pene de alguna otra persona cuando el propio era efectivamente pequeño. La "feminidad" en los varones no siempre tiene el sentido de: "Creo que ya estoy castrado". Por el contrario, el desvío hacia la feminidad (que es el hecho de apartarse del uso activo del pene) es entendido, a menudo, como un reaseguramiento contra una posible castración futura: "Si me comporto como si ya no tuviera pene, no me lo cortarán". O incluso: "Si la castración no puede ser evitada de ningún modo, prefiero realizarla activamente, anticipándome a lo que tiene que suceder, y tendré al menos la ventaja de congraciarme con la persona amenazadora".

El hecho de que los adultos hagan objeto a los niños, con tanta frecuencia, y en forma tan vehemente, de amenazas o bromas referentes a la castración, constituye, naturalmente, la expresión de sus propios complejos de castración. El atemorizar a otros es un excelente método para aquietar los temores propios. De esta manera los complejos de castración son transferidos de una generación a otra. No sabemos cómo aparecieron por primera vez, pero sabemos ciertamente que tienen una larga historia tras de sí.

En muchas sociedades primitivas (y civilizadas), la generación adulta impone restricciones a la libertad sexual de la generación más joven. Los ritos de iniciación que asocian la sexualidad a experiencias dolorosas, constituyen un ejemplo de estas condiciones impuestas a la generación más joven (1284). Es posible que en algunas culturas se hayan infligido efectivamente daños genitales a los que se rebelaban.

La intensidad de la angustia de castración está en relación con la elevada valoración de este órgano durante la fase fálica. Esta misma valoración hace que el niño, enfrentado a la alternativa de renunciar a las funciones genitales o poner en peligro su pene, se decida por la renuncia a las funciones genitales. Un adulto preguntaría: "¿De qué sirve un órgano si se me prohíbe hacer uso de él?" Pero en el período fálico los factores narcisísticos tienen más peso que el factor sexual, de modo que la posesión del pene constituye el objetivo capital (612).

Los problemas de esta índole tienen por causa otra característica de la época fálica. El niño de esa edad, de acuerdo con Freud (609), todavía no toma la posesión del pene como un hecho que determina el sexo de las personas. No distingue a éstas en términos de masculino y femenino, sino en términos de tener pene o estar castrado. Cuando se ve obligado a aceptar la existencia de personas que carecen de pene, supone que esas personas alguna vez lo tuvieron y lo perdieron luego. Los analistas que han confirmado estos hallazgos se preguntaron si esta manera de pensar no podría ser resultante de una represión previa. Es posible que el niño tenga un motivo más primario para temer los genitales femeninos que el temor a la castración (ansiedades orales acerca de una *vagina dentada* como temor punitivo de sus impulsos sádico-orales) y que por ello trate de negar su existencia. La idea de que las mujeres alguna vez tuvieron pene y luego les fue cortado representaría un intento de negación de esta índole. Es cierto que esto trae consigo la angustia de que "esto podría sucederme también a mí", pero tiene la ventaja de negar la existencia primaria de los temidos genitales femeninos (898). No se tiene, sin embargo, la impresión de que los varones encuentren consuelo alguno en saber que hay seres vivientes a quienes se les ha cortado el pene; esta idea parece ser más bien muy atemorizante. Por otra parte, parece natural que el niño suponga, mientras no se le enseña otra cosa, que todos tienen una conformación idéntica a la suya. Esta hipótesis, por lo tanto, no se basa necesariamente en el miedo; más bien es el hecho de llegar a saber que esta hipótesis es incorrecta lo que provoca el miedo.

LA ETAPA FÁLICA EN LA NIÑA. LA ENVIDIA DEL PENE

Es cosa habitual referirse también a un período fálico en la niña (146, 609). ¿Qué se quiere decir con eso? En primer lugar, que el clítoris es en este período la parte del aparato genital más rico en sensaciones y que atrae y descarga toda excitación sexual. El clítoris es el foco de las prácticas masturbatorias, así como del interés psíquico. En segundo lugar, significa que también la niña divide a las personas en "fálicas" y "castradas"; es decir, que la reacción típica al conocimiento de que hay criaturas con pene no es solamente la actitud "también yo quisiera tener uno", sino también la idea "yo también tuve uno y lo perdí" (20, 555, 617, 626).

Se han hecho objeciones a estos hallazgos de Freud, pero ellas no parecen convincentes. En cuanto a la sexualidad clitoridiana se refiere, no hay duda de que ésta desempeña el papel más prominente en la excitación sexual de la niña. Es cierto que no es ésta la única sexualidad genital femenina infantil. Varios autores han demostrado que también existe una sexualidad vaginal temprana (360, 1079). Otros han ido tan lejos como para afirmar que la erogeneidad clitoridiana parece tan intensa porque es un sustituto sobrecompensatorio de una organización vaginal reprimida de la libido (744, 815, 1161). Hay que dar por cierto que la excitabilidad genital no se limita, en la niña, al clítoris. Nadie duda de la intensa sensibilidad erógena de los labios, de la vulva o del vestíbulo. (Sin embargo, por regla general, en este período la estimulación de estas partes conduce a la descarga por el clítoris.) Es difícil abrir juicio acerca de si la vagina, más allá del vestíbulo, desempeña un papel constante en esta etapa infantil. Los hallazgos en la clínica, de cuerpos extraños alojados en la vagina, e incluso en el útero, justifican aparentemente la afirmativa (360). Sin embargo, da la impresión de que una sexualidad vaginal infantil difícilmente puede ser separada de las sensaciones de la vulva. No hay prueba de que exista regularmente o tenga gran intensidad, que sea más tarde reprimida y que una forma de reaccionar a su represión más o menos constante sea la causa de la intensidad de la sexualidad clitoridiana en la niña (419, 421).

Las objeciones a la aparición regular de una reacción primaria de envidia a la vista del pene han tenido como fundamento el argumento siguiente. Los análisis hechos a mujeres con una intensa envidia del pene demuestran que estas mujeres han pasado por una "fuga de la feminidad" (812), que llegaron a sentir cierto temor a la propia feminidad e incubaron por ello una envidia del pene de carácter reactivo. No hay duda de que estos hallazgos clínicos son correctos, pero ellos no contradicen la existencia de una envidia del pene de carácter primario. En el análisis de neuróticos obsesivos hallamos primeramente una gran cantidad de impulsos anales y sádicos reprimidos, luego descubrimos que a niveles más profundos se encuentran impulsos inconscientes genitales, que fueron rechazados por una regresión a pulsiones sádicoanales. No decimos, por ello, que el carácter reactivo de las pulsiones sádicoanales contradice la existencia de un primitivo período sádicoanal en el desarrollo libidinoso del niño; comprendemos, más bien, que las pulsiones reactivas han hecho uso de senderos regresivos. De una manera análoga, una mujer que ha hecho una fuga de la feminidad puede desarrollar una envidia del pene secundariamente, mediante el reforzamiento reactivo de una envidia primaria del pene. Esto puede probarse, a menudo, clínicamente (421, 899, 1007, 1313).

A buen seguro la niña, como el varón, siente, mientras no se le enseña otra cosa, que todo el mundo está formado como ella. Cuando tiene que comprender que esto no es cierto, lo siente como una seria desventaja. A menudo se ha preguntado a qué se debe esta sorprendente reacción: ¿trátase, en realidad, de una consecuencia psicológica de la diferencia anatómica entre los sexos (617), o es más bien una reacción a experiencias sociales

previas que produjeron la impresión de que las niñas son inferiores? (814, 1538).

No hay duda de que todas las niñas tienen la sensación de que la posesión de un pene procura ventajas erógenas directas en el aspecto masturbatorio y urinario; a los ojos de la niña, la posesión de un pene hace, al que lo posee, más independiente y menos sujeto a frustraciones (811). Esta sensación se debe, probablemente, a la concentración de todas las sensaciones sexuales en el clítoris, en esa época, y a que éste, comparado con el pene, es "inferior". La envidia se halla condensada, habitualmente, con la idea de que la carencia de pene es una especie de castigo, ya sea merecido o injusto; en este sentido, la idea de la niña, de haber perdido un pene, y la idea del niño de que puede perder el suyo, son completamente análogas. También en la niña hallamos la mala interpretación animística del mundo, así como la expectativa de un castigo taliónico. El hecho de que la niña piense "he sido castigada", mientras que el temor del niño es "puedo ser castigado" es la causa de las notables diferencias en su respectivo desarrollo posterior (612, 617).

En las niñas más grandes y en las mujeres adultas, empero, las cosas se hacen más complicadas. En nuestra cultura son muchas las razones por las que la mujer puede envidiar al hombre. Tendencias masculinas de toda índole pueden agregarse a la envidia primaria del pene, especialmente a continuación de experiencias desdichadas, frustraciones y represiones en el terreno femenino. Lo que es considerado masculino y femenino varía enormemente de una cultura a otra, y estas normas culturales y los conflictos que giran alrededor de las mismas, complican las "consecuencias psicológicas de la diferencia anatómica" (617). A este respecto, parece completamente acertada la forma en que Fromm resume la cuestión: "Ciertas diferencias biológicas traen como consecuencia diferencias caracterológicas; estas diferencias se hallan refundidas con las que surgen directamente de los factores sociales; estas últimas son mucho más fuertes en sus efectos, y pueden ya sea acentuar, eliminar o trastocar las diferencias de raíz biológica" (655).

La existencia de un período fálico en las niñas, hecho afirmado por Freud, tiene un fundamento evidente, siempre que tengamos presente que esta expresión implica un predominio fisiológico de la sexualidad clitoridiana y un conflicto psicológico acerca de la envidia del pene. La afirmación ya se hace más problemática si queremos englobar en ella la idea de que la sexualidad clitoridiana ha de estar siempre unida a fantasías explícitamente masculinas y ha de tener siempre como fin la penetración de un órgano hueco, perteneciente, por lo regular, a la madre, con la finalidad inconsciente, por lo común, de procrear con ella un niño (1006). Esto significaría simplemente que la niña, antes del período de latencia, es una especie de varón. Algunas veces ocurre, por cierto, que la fijación preedípica a la madre se acompaña de deseos genitales masculinos (626, 628); pero no es siempre éste el caso. Fuera de toda duda, la masturbación clitoridiana puede estar acompañada de fantasías puramente femeninas. Es verdad que

las niñas pequeñas sienten por lo común impulsos de penetración en la madre, pero esto, por lo general, no es concebido como una actividad clitoridiana, sino que constituye, mucho más que eso, una fantasía oral proveniente del período infantil más temprano. Estas fantasías están elaboradas en términos de penetrar en el cuerpo de la madre con los dientes y comer los contenidos de la misma (958). Algunos autores, engañados por estas fantasías sádicoorales en la mujer, fueron inducidos a escribir erróneamente sobre una supuesta fase fálica primitiva, que existiría antes de la época fálica descrita por Freud (716). La fantasía de tener un niño con la madre efectivamente surge, con frecuencia, en el inconsciente de la niña; pero habitualmente ésta fantasea con que la madre es la gestadora del niño y ella quien lo da a luz (421).

La importancia que para el sexo femenino tiene el período fálico se vincula al hecho de que los genitales femeninos tienen dos zonas erógenas principales: el clitoris y la vagina. Durante el período genital infantil se halla en primer plano el primero; en el período adulto, el segundo. El viraje del clitoris a la vagina, como zona principal, sólo se produce definitivamente en la pubertad o después de la misma, si bien es ciertamente preparada, anunciada con antelación por el empujón hacia la pasividad que la niña recibe al apartarse de la predominante fijación a la madre y el viraje hacia el padre. Nuevas oportunidades de perturbación se producen en el desarrollo de la niña cuando, ya sea una poderosa fijación a la madre o un rechazante temor a la sexualidad vaginal (o ambas cosas a la vez) se interponen en el camino de la instauración de la primacía vaginal. Pero esta complicación tiene analogía con otra que se produce en el sexo masculino. Resulta extraño ver, en la literatura psicoanalítica, cuán poco se ha señalado el hecho de que el aparato genital masculino, en concordancia con su carácter "bisexual" (216, 1243), posee también dos centros. Si a los hombres pasivos, en quienes las tendencias pasivas anales y uretrales predominan sobre las fálicas activas, se les pregunta dónde experimentan las sensaciones más íntensas, contestan con más o menos igual frecuencia: en la raíz del pene, en el perineo o en el recto. Con esto se refieren, en realidad, a un punto que no es accesible desde el exterior, equidistante de la raíz del pene, el perineo y el recto. Este punto se halla en la parte prostática de la uretra y corresponde al utrículo prostático, de tanta importancia embriológica. Gran parte de lo que se supone ser, en el hombre, sexualidad anal y uretral, en realidad es sexualidad vesicular (798, 942). El papel que el utrículo prostático desempeña en la vida del hombre es, sin embargo, menos importante que el del clitoris en la vida de la mujer.

Se ha afirmado que la envidia que siente el varón por la capacidad de la mujer, de tener hijos, es tan intensa como la envidia que siente la mujer por el pene del varón (153). Pero este argumento no es muy convincente. Es verdad que los niños, en general, pueden tener un deseo apasionado de dar a luz un bebé, desco que está condenado, naturalmente, a la frustración. Pero este desengaño afecta tanto a las niñas como a los varones, ya que las niñas pequeñas tampoco pueden realizar ese desco. Los varoncitos, en cambio, pueden lograr con su pene un placer efectivo.

LOS TIPOS ARCAICOS DE RELACION OBJETAL

El segundo punto de vista en el desarrollo de la sexualidad infantil es el cambio que se efectúa en la relación con los objetos. Dado que los dos aspectos del desarrollo sexual se hallan entrelazados, este punto, en realidad, ya ha sido tocado. En general, esta evolución marcha en el sentido siguiente: de un estado en el que no existe objeto se pasa a los fines de incorporación (primero total, luego parcial), más tarde a otros fines ambivalentes en los que el objeto es simplemente el instrumento del placer propio, y finalmente al amor verdadero.

El estado en que no existen objetos es el estado narcisístico primario, cuyos fines sexuales son íntegramente autoeróticos. Nos hemos ocupado ya de los primeros de todos los tipos de relación objetal al tratar el tema del desarrollo del yo. Lo que allí recibió el nombre de identificación primaria es idéntico a lo que podría llamarse incorporación oral, desde el punto de vista de los instintos. El primer comportamiento instintivo positivo hacia un objeto deseado consiste en acortar la distancia entre uno mismo y el objeto y finalmente en tragarlo (cosa que más tarde se reduce a introducirlo en la boca). El primer comportamiento instintivo negativo hacia un objeto repulsivo, consiste en aumentar la distancia y en "escupirlo" (cosa que más tarde se condensa con el hecho de eliminarlo de acuerdo con las normas de la defecación). La primera incorporación está ligada a la destrucción objetiva del objeto, tal como la imagen del objeto desaparece nuevamente una vez alcanzada la satisfacción. Ésta es la raíz común del amor y el odio. Más tarde el objeto es conservado, por lo menos para tenerlo a mano para cuando sea necesario otra vez. No hay duda de que la oralidad constituye el modelo de toda incorporación; pero también son imaginados otros fines similares en la esfera de todas las demás zonas erógenas. Hemos hecho una mención especial de la introyección a través de la piel (1050), y a través del ojo (430); hemos descrito también la introyección respiratoria (420) y la introyección auditiva (838). La personalidad del objeto que ha de ser incorporado parece ser de importancia muy limitada. No importa como sujeto; siempre que pueda procurar satisfacción puede desaparecer después. La imagen de la madre tiene esa virtud, en tanto que la imagen de un extraño no ofrece una esperanza de gratificación y en cambio acrecienta la tensión (73).

Una relación de objeto puede llamarse ambivalente, dijimos, siempre que existan a un mismo tiempo un impulso de destruir el objeto y un impulso de conservarlo. La primera reacción agresiva está representada por el hecho de escupir algo. Más tarde, las reacciones agresivas pueden estar representadas también por una introyección. Abraham demostró que los conflictos de la ambivalencia —no los primeros, sino los más tardíos— pueden ser resueltos por el fin de incorporación parcial (26). Una parte del objeto es transformado, por incorporación, en propiedad permanente, mientras el resto es conservado en el mundo externo.

Las relaciones de objeto más tempranas se complican por el hecho de que los objetivos eróticos directos aún no se distinguen claramente del fin narcisista de volver a participar en la omnipotencia. La consideración hacia los objetos comienza a desarrollarse durante el período anal (26). La consideración más temprana sigue dominada, sin embargo, por fines narcisistas y es ambivalente. Hay que influir sobre el objeto por todos los medios disponibles, para que el objeto ofrezca la satisfacción necesaria. Si ésta es alcanzada, el objeto vuelve a fundirse con el yo. Algunas personas neuróticas quedan fijadas a esta fase, dirigidas por pasivos, incapaces de toda consideración activa hacia el objeto amado. La conducta de esta clase es llamada también narcisista, si bien es enteramente diferente del narcisismo primario, carente de objeto.

AMOR Y ODIO

Antes de ser superada la actitud egoísta hacia los objetos, con todas las huellas de ambivalencia que le son conexas, sucede a menudo que los niños están enamorados de sí mismos (narcisismo secundario). Son capaces de distinguir los objetos y de amar a los objetos mientras éstos les procuran satisfacción. Cuando no es así, el niño se "identifica" con el objeto y en lugar de amar a éste se ama a sí mismo (608). Pero esto, por cierto, todavía no es amor. Se puede hablar de amor únicamente allí donde la consideración por el objeto llega hasta el punto de que la satisfacción propia es imposible si no se satisface también al objeto. Esta manera de sentirse unido al objeto tiene algo que ver, naturalmente, con la identificación. Pero por otra parte distinguimos entre relación de objeto e identificación y suponemos que la comprensión con relación al objeto real termina allí donde la identificación se convierte en el instrumento de la relación. En el amor es necesario que exista una especie de identificación, parcial y temporaria, con propósitos de empatía, parcial y temporaria, que o bien corre parejas con la relación de objeto o alterna con ella a intervalos cortos. No sabemos nada acerca del carácter específico de esta identificación. Sólo podemos decir que el sentir una satisfacción plena, altamente integrada, facilita su aparición, y que la primacía genital (la capacidad de tener un orgasmo apropiado) es su requisito previo (81, 1270, 1272).

Las personas en quienes falta la primacía genital, es decir, las personas impotentes para el orgasmo (1270), también son incapaces de amar. La capacidad plena para el amor no solamente modifica las relaciones con los otros objetos, sino también las relaciones con el propio yo. El contraste entre amor objetal y amor hacia sí mismo, una vez más, es tan sólo relativo: en el narcisismo primario existe el amor a sí mismo en lugar del amor objetal; en el narcisismo secundario tenemos la necesidad del amor a sí mismo (autoestima), que eclipsa el amor objetal. Con la capacidad para el amor objetal, se hace factible un nuevo tipo —posnarcisista, más elevado— de autorrespeto (652).

Puede decirse que al llegar a la altura de una satisfacción genital cabal vuelve la identificación, pero a un nivel más elevado. Una sensación de deslizarse juntos, de perder la personalidad propia, de estar alcanzando una conjunción deseada del yo con algo que es más grande y que se ha mantenido fuera de los confines del yo, constituye un elemento esencial de esta satisfacción.

La consideración hacia el objeto, como condición de desarrollo cabal de las relaciones de objeto, fue llamada sentido erótico de la realidad por Ferenczi (505), quien señaló la ausencia de una apreciación cabal de la realidad en las personas fijadas a las etapas precursoras del amor.

Un papel decisivo corresponde, en la aparición de esta consideración hacia el objeto, a la ternura. Pero ¿qué es la ternura? Para Freud era el resultado de la inhibición de las tendencias sensuales en su fin (555). Otros autores han puesto en duda este origen, destacando el hecho de que las relaciones objetales de ternura y las sensuales no se excluyen mutuamente, y que un amor verdadero debe comprender necesariamente tanto las tendencias tiernas como las sensuales. Si la ternura y la sensualidad entran realmente en conflicto con tanta frecuencia, ello se debe a un aislamiento defensivo, de carácter secundario, más que a una contradicción básica en la índole de estos dos impulsos opuestos. Schulz-Hencke hizo el intento de vincular estos dos impulsos a fuentes erógenas diferentes, sugiriendo que la sensualidad podría tener su raíz en el erotismo genital y la ternura en el erotismo de la piel (1412); existe, sin embargo, una ternura genital, así como hay una sensibilidad cutánea. No parece, por lo tanto, que el fenómeno de la ternura sea muy adecuado para explicar el género de "elevada identificación" que conduce, en el amor, a la consideración hacia el objeto; podría, más bien, ser a la inversa: que la ternura hace su aparición cuando ciertas tendencias objetales (probablemente de fin inhibido) se encuentran con una identificación del género mencionado.

El hecho de que en este tipo de identificación hay también un elemento regresivo en el amor, se ve con más claridad en la mujer que en el hombre. El fin pasivo de la sexualidad femenina es más íntimamente afín a los fines originales de incorporación que el fin activo de la sexualidad masculina. La sexualidad pasiva tiene más rasgos arcaicos, por ello, que la sexualidad activa. El fin de ser amada es más acentuado, en la mujer, que el de amar; la necesidad narcisística y la dependencia con respecto al objeto son mayores (585).

Pero el elemento regresivo, en el amor, no es exclusivo de la mujer. También en el hombre —en el proceso del enamoramiento— se le ve aparecer en primer plano. Es evidente que en este estado vuelve a actualizarse un tipo arcaico de autoaprecio (o incluso de omnipotencia) en forma de un sentimiento oceánico de desaparición de las fronteras del propio yo (622). El centro de gravedad del propio yo se desplaza al yo del *partenaire*: "Yo no soy nadie, el *partenaire* lo es todo"; aún más: "Vuelvo a ser todo al permitírseme participar en la grandeza del *partenaire*" (606). Esta idea puede, incluso, falsear el "sentido erótico de la realidad" (505): habitual-

mente, cuando una persona hace la estimación de las virtudes del *partenaire*, no es muy realista; el proyectar todos los ideales propios sobre la personalidad del *partenaire* hace más placentero el hecho de unirse a éste (850). Esta circunstancia fue caracterizada por Freud en la afirmación siguiente: el estado de enamoramiento representa un "grupo de dos" (606). Existe una transición gradual entre el estado de enamoramiento y la per-versión de sumisión extrema.

La naturaleza de este tipo de identificación en un plano más elevado, que es lo que constituye el amor, permanece aún en la oscuridad; se sabe más acerca de la edad en que normalmente se da este paso decisivo. De acuerdo con Abraham (26), esto sucede durante la fase anal. Se produce tan pronto como el "placer de retener" es mayor que el "placer de eliminar". Una especie de sentimiento de ternura hacia las propias heces (que en un tiempo fueron yo y ahora son objetos), constituye habitualmente un precursor tan importante de la ternura como lo son los sentimientos inspirados por el pecho de la madre, por la mamadera y por la madre misma. También estas tres cosas fueron en un tiempo yo, y ahora son objetos.

No solamente el amor, sino también el odio, presupone el tomar conocimiento claro del objeto, aptitud ésta que en el niño pequeño aún no existe. Los niños pequeños destruyen realmente objetos, corretean y lastiman a otros chicos, etc., pero probablemente no porque tengan un empeño positivo de destrucción sino porque nada les importa; sus intereses objetivos solamente se limitan a lo que se refiere a fuentes potenciales de gratificación y amenazas potenciales. Su finalidad "agresiva" es la de poner fin a las situaciones incómodas, no un placer positivo en destruir. La finalidad positiva de destrucción se origina más tarde, primero, probablemente, como un medio de imponer por la fuerza otras finalidades (como cualidad con que es perseguida una finalidad en el caso en que hay dificultades o frustraciones), y más tarde, como una finalidad en sí misma. Ya hemos explicado por qué un organismo orientado pregenitalmente se halla más inclinado a incluir la destructividad entre sus objetivos eróticos. En una persona normal, orientada genitalmente, la agresividad es un recurso para lograr sus objetivos cuando se dan ciertas circunstancias adversas; la represión de este recurso puede crear una desventaja tan grande en la vida como la represión de la capacidad de amar.

LOS SENTIMIENTOS SOCIALES

Las relaciones de objeto de una persona madura no son solamente el amor y el odio. Tenemos, además de eso:

1) Sentimientos objetivos de menor intensidad: simpatía y antipatía en diverso grado. Estos sentimientos no son esencialmente diferentes del amor y el odio; ciertos cambios en la economía libidinosa pueden transformarlos en amor u odio, lo cual demuestra que son de carácter libidinoso y se originan en una inhibición de los fines.

2) En el desarrollo psíquico, las fases previas no desaparecen nunca en forma total, de manera que también las personas normales tienen, hasta cierto punto, ambivalencias y fines de incorporación. Estos últimos constituyen la causa de las numerosas relaciones de objeto que siguen entrelazadas con identificaciones.

3) Entre estas relaciones de identificación hay una que tiene especial importancia: el dar a los objetos el uso de modelos que se deben imitar o malos ejemplos que hay que evitar.

4) Y esto, a su vez, constituye una transición hacia el tipo de relaciones en el que no se reacciona al objeto como tal, sino que se lo usa como instrumento para procurar alivio a un conflicto interno. Más adelante nos ocuparemos de las diversas formas que presenta tal utilización del objeto.

Todos estos tipos de relaciones de objetos que no son ni amor ni odio pueden haber tenido su origen en relaciones del niño con personas que no son los padres; con los hermanitos, por ejemplo. Estos tipos de relación son básicos para los que se llaman sentimientos sociales, es decir, para aquellas fuerzas que dentro del individuo favorecen la formación de grupos. Las tendencias de fin inhibido (que en nuestras condiciones culturales son especialmente de carácter homosexual), las identificaciones (a las que se debe el bloqueo de las agresiones dentro de cada grupo, tan esencial para toda formación de grupos), y la elección de modelos y ejemplos entre los objetos, son los mecanismos en que se basa la formación de grupos (606, 607, 624).

Freud pone en claro la relación entre las "tendencias de fin inhibido" y las "identificaciones", por un lado, y la elección de modelos y ejemplos por otro lado, cuando manifiesta lo siguiente: cuando varias personas colocan en el lugar que corresponde a su superyó un mismo objeto (como su modelo ideal o como un ejemplo significativo) se identifican, por ello, entre sí e inculcan, los unos hacia los otros, sentimientos de ternura de fin inhibido (606). Redl complementó esta fórmula, diciendo: si varias personas han usado el mismo objeto como instrumento para procurar el alivio de conflictos internos de carácter análogo, tienden también a identificarse entre sí y a crear, los unos hacia los otros, sentimientos de ternura (1258).

Quizá valga la pena agregar a esto que la psicología social no se limita de ningún modo a lo que ocurre en la mente de los individuos cuando se produce, del modo que acabamos de ver, la formación de los grupos, ni a la forma en que estos grupos actúan; debe considerar y resolver también problemas de carácter enteramente diferente, a saber, no sólo el de los grupos subjetivos, sino también objetivos, el problema de los efectos análogos que los estímulos externos análogos tienen sobre diferentes individuos.

LA MADRE COMO PRIMER OBJETO

El primer objeto de todo individuo es la madre. Esta afirmación no debe tomarse en sentido literal, ya que no hay motivos fundados para suponer que el acto físico del nacimiento pueda tener de algún modo la virtud de fijar psicológicamente el niño a la madre. Es la persona que ofrece

los primeros cuidados al niño la que debe considerarse como la madre. Grodeck sostuvo que los niños que han sido alimentados por un ama de leche pueden presentar, por el resto de su vida, conflictos o dificultades originadas en la situación de haber tenido "dos madres" (720). La experiencia clínica no confirma esta idea, que parece sumamente improbable. Al comienzo no hay imágenes de objetos; las primeras representaciones de objetos son difusas, y el proceso de formación de las imágenes de objetos se desarrolla en forma gradual. La idea de madre se halla ausente, sin duda, al comienzo. Aunque resulte muy difícil de describir, debemos suponer que las primeras ideas referentes a las cosas que pueden procurar satisfacción, pero que por momentos se hallan ausentes, incluyen simultáneamente el pecho de la madre (o la mamadera), la persona de la madre y partes del propio cuerpo del niño. La percepción verdadera de una "persona", cosa que haría posible distinguir entre la madre y el ama de leche, no existe aún. Más tarde el niño aprende a distinguir entre sus impresiones; la diferencia que se establece en este momento es probablemente entre impresiones "que merecen confianza" e impresiones "extrañas". Lo "extraño" es sentido como "peligroso"; los suministros narcisísticos son esperados de las fuentes "que merecen confianza". Las partes de la madre "que merecen confianza" son "amadas"; gradualmente la madre es reconocida como un todo y "la unión oral con la madre" se convierte en el objetivo simultáneo de las necesidades aun indiferenciadas de carácter erótico y narcisista. La madre adquiere, de este modo, una inigualada posibilidad de influencia.

El desarrollo de las relaciones de objeto es más sencilla en el sexo masculino porque el varón, en sus estados posteriores de desarrollo, continúa fijado a su primer objeto, la madre. La primitiva elección de objeto, resultante del hecho del cuidado del niño, toma la misma dirección que aquella que surge de la atracción del sexo opuesto. El varoncito también ama, por supuesto, a su padre y a otros objetos y sufre frustraciones, naturalmente, de parte de la madre y también odia a ésta, pero su amor hacia la madre sigue siendo la tendencia dominante durante la fase sexual infantil. Las contradictorias tendencias de amor y odio, de amor hacia la madre y odio hacia el padre, etc., parecen coexistir momentáneamente sin perturbarse mutuamente. Es característico del proceso primario el hecho de que pueden coexistir tales sentimientos contradictorios sin dar lugar a conflictos perturbadores. A medida que el yo se fortalece esto se hace cada vez menos posible y aparecen los conflictos. El niño empieza a darse cuenta de que su amor hacia la madre, su amor de identificación hacia el padre (basado en la fórmula "quisiera ser tan grande como él y tener autorización y capacidad para hacer todo lo que él hace") y su odio al padre (basado en el hecho de que el padre tiene ciertos privilegios) se hallan en conflicto entre sí. "Amo a mi madre y odio a mi padre porque éste toma a mi madre para sí", es una fórmula que sirve para expresar la forma típica en que se condensan los impulsos del niño, en las condiciones de crianza que imperan en la familia. Esto recibe el nombre de complejo de Edipo positivo (552); se inicia habitualmente a partir de los dos años, a veces

antes (93, 955), y alcanza su máxima intensidad a la edad de tres y cuatro años. La culminación del complejo de Edipo coincide con la etapa fálica del desarrollo de la libido. Hablamos de un complejo de Edipo negativo en el varón cuando predomina el amor hacia el padre y la madre es odiada como elemento perturbador de su amor al padre (608). Algunos vestigios de este complejo de Edipo negativo se presentan normalmente junto al positivo. Esto puede acrecentarse en gran medida por obra de factores constitucionales y de los hechos de la experiencia.

Un paciente que tenía un complejo paterno muy poderoso y ambivalente tuvo el siguiente sueño: "He recibido una extensa carta de mi padre. Me escribió que alguien ha muerto. Al final me preguntó si me casaría con él".

En general, los varones que tienen un complejo edípico negativo especialmente desarrollado han reprimido sus tendencias fálicas hacia la madre y reactivado, en cambio, objetivos pasivos pregenitales dirigidos al padre. Algunas veces, sin embargo, las cosas son un poco más complicadas. En el análisis de algunos caracteres compulsivos orientados pregenitalmente, o el de ciertos homosexuales, se ve a veces que el período fálico infantil no ha desaparecido, a pesar de la represión del complejo de Edipo dirigido hacia la madre, pero el impulso reprimido vinculado al pene ha sido dirigido hacia el padre. Amor y competencia no se excluyen mutuamente. La identificación normal del varón con su padre, caracterizada por las fórmulas "Me gustaría ser como mi padre", "Me gustaría tener un pene como el de mi padre" y "Me gustaría participar del pene de mi padre", puede transformarse, en algunos casos, en una especie de amor que en ninguna cosa encuentra mejor descripción que en el "complejo de aprendiz", una temporaria sumisión femenina al padre a objeto de prepararse para una futura competencia masculina con él. Cuando sobre este amor incide una amenaza de castración, puede dar por resultado el abandono de la posición fálica y un nuevo viraje del niño hacia la madre, pero esto ya no con una tendencia fálica edípica, sino de una manera pregenital pasiva, de identificación y en procura de protección.

Ya hemos dicho que en la fase fálica el temor narcisista acerca del pene es más fuerte que la relación de objetos. Por ello la angustia de castración hace que el varón renuncie finalmente a su apasionado amor edípico hacia la madre, ya que su gratificación sólo podría lograrse a costa de poner en peligro el pene (612).

EL CAMBIO DE OBJETO EN LA NIÑA

En la niña el desarrollo objetal es un poco más complicado, ya que ella tiene que pasar por un trance más de los que conoce el varón: la transferencia de su primer objeto, la madre, al sexo opuesto, el padre. Esta transición tiene lugar un poco tarde, entre los tres y los seis años de edad; debe suponerse, sin embargo, que este paso no está condicionado únicamente por los hechos de la experiencia, sino que está fundado también biológicamente. (La barba, en el hombre, no aparece antes de la pubertad, y aun así esto no es un fenómeno psicológicamente condicionado.) Este fundamento biológico no quita que sea interesante el estudio de las vincula-

ciones psicológicas que presiden este cambio de objeto, especialmente por cuanto estos factores psíquicos influyen sobre la forma en que el proceso biológicamente condicionado ha de desarrollarse, sino que determina también muchas complicaciones y perturbaciones en el desarrollo, de importancia para las neurosis (626, 628, 1090).

Los hechos más importantes que precipitan, facilitan, impiden o producen el cambio son desengaños provenientes de la madre, que dan lugar a que la niña se aleje de ella. Entre estos desengaños, los que tienen mayor repercusión son el destete, la enseñanza de los hábitos higiénicos y el nacimiento de hermanitos. Los varones, en cambio, sufren estos desengaños sin apartarse por ello de la madre. Pero existe otro desengaño que es específico para el sexo femenino. Ya dijimos que la niña reacciona típicamente al descubrimiento del pene con una envidia primaria del pene. Muchas niñas que tienen, por ciertas razones, tendencia al autorreproche, pueden reaccionar a esta envidia primaria del pene con fuertes sentimientos de culpa, como si ellas mismas hubieran dañado su cuerpo. Pero *todas* hacen a la madre responsable de hecho: la madre les ha privado de algo, o les ha quitado algo (626). Este desengaño específicamente femenino constituye el motivo capital por el cual la niña se aparta de la madre. Elementos receptivo-anales y receptivo-orales reactivados preparan el terreno para la futura feminidad. El objetivo de la niña, ahora, es conseguir del padre los "suministros" que la madre le ha negado. En la fantasía de la niña, la idea de "pene" es suplantada por la idea de "niño", y el clitoris como zona rectora puede de nuevo ser reemplazado, regresivamente, por exigencias anales, y especialmente orales, es decir, receptivas (612, 617, 626). Esta reviviscencia de anhelos receptivos tiene consecuencias diversas. Normalmente prepara para la sexualidad vaginal futura, en la que a menudo se ven características que corresponden a un origen oral y anal de las catexis (66), y a una receptividad femenina normal. El embarazo es, de hecho, una especie de incorporación. En casos patológicos, puede haber también una reactivación de tendencias sádicoorales, las que repercuten en la ulterior sexualidad de la mujer de manera poco afortunada. Algunos trastornos del carácter tienen su raíz en experiencias vinculadas a este trance.

El viraje, ya descrito, hacia la pasividad, puede reactivar también, por supuesto, en el caso de niñas predispuestas, los componentes sexuales masoquísticos de que nos hemos ocupado más arriba (véase págs. 94 y sig.), y dar ocasión, de este modo, al desarrollo de una perversión masoquista más o menos pronunciada. De ningún modo parece fundada, sin embargo, la identificación de los objetos pasivos de la sexualidad femenina normal con el masoquismo (322).

Resulta comprensible que este cambio abra el camino a numerosas perturbaciones, y que los conflictos que conciernen al amor preedípico hacia la madre desempeñen un importante papel en las neurosis de la mujer. También en un desarrollo normal la relación de la mujer con la madre es más fuertemente ambivalente de lo que es en la mayor parte de los hombres la relación

con el padre. Algunos residuos de la fijación preedípica a la madre se encuentran siempre en la mujer. Hay muchas mujeres cuyos objetos masculinos de amor tienen más características de la madre que del padre (626, 628).

Habitualmente los objetivos de la fijación preedípica a la madre son, ante todo, pregenitales; pero también hay, por cierto, impulsos genitales dirigidos hacia la madre, y es el desengaño genital lo que conduce a la renuncia final. No hay razones, sin embargo, para suponer que la niña es originariamente, en todos los aspectos, un varoncito, y que el complejo de Edipo positivo había de ser precedido, en todos los casos, por un complejo negativo (1006, 1007, y *efr.* también 190, 421, 894, 899, 1313).

Una vez establecido el vínculo con el padre, la niña, en circunstancias normales para nuestro medio cultural, crea un complejo de Edipo análogo al del varón. El amor hacia el padre se combina con un odio cargado de celos, cargado de sentimientos de culpa, hacia la madre. Por supuesto, este odio de celos se condensa con viejos impulsos de las etapas preedípicas.

La discrepancia general en el desarrollo de las relaciones de objeto de uno y otro sexo fue expresado por Freud con la siguiente fórmula: El complejo de Edipo masculino *se resuelve* gracias al complejo de castración; se renuncia a él por causa de la angustia de castración. El complejo de Edipo femenino *es producido* por el complejo de castración; a causa del desengaño acarreado por la carencia de pene el amor de la niña se vuelve hacia el padre (612).

EL COMPLEJO DE EDIPO

En uno y otro sexo, el complejo de Edipo puede ser considerado como el apogeo de la sexualidad infantil; la evolución erógena que conduce, desde el erotismo oral, a través del erotismo anal, a la genitalidad, así como el desarrollo de las relaciones de objeto a partir de la incorporación parcial y la ambivalencia, hasta el amor y el odio, culminan en las tendencias edípicas, que por regla general se expresan en una masturbación genital cargada de culpa. La superación de estas tendencias, que serán reemplazadas por la sexualidad adulta, es el prerrequisito de la normalidad, mientras que el hecho de aferrarse inconscientemente a las tendencias edípicas es característico de la psique neurótica.

En los casos individuales, el "amor hacia el progenitor del sexo opuesto" y los "deseos de muerte dirigidos contra el progenitor del mismo sexo" pueden significar cosas diferentes, dependiendo el aspecto particular de cada caso, una vez más, de la constitución y la experiencia. El estudio de las experiencias formativas ofrece una diversidad tal de casos que su examen resulta una tarea nada fácil. No sólo debemos tomar en cuenta la considerable diferencia existente entre las distintas personalidades de los padres, sino también el hecho de que los conceptos de amor y muerte varían de un niño a otro. El amor se compone de multitud de elementos, y la acentuación relativa de cada uno de estos componentes puede variar considerablemente; la muerte puede ser concebida de muchos modos, un deseo de muerte puede

incluso ser sexualizado sádicamente y por lo tanto servir de expresión, al mismo tiempo, al complejo de Edipo negativo (418, 828).

No existe percepción que no adquiera inmediatamente vinculaciones emocionales. Todas las experiencias, por ello, toman parte en el proceso de determinar la forma especial del complejo de Edipo, tanto las experiencias del período que corresponde a la etapa fálica como las experiencias anteriores, que pueden dar al complejo de Edipo un tinte pregenital, a través de las fijaciones. Son tan importantes las experiencias excepcionales, traumáticas, como las influencias crónicas.

Las experiencias traumáticas, especialmente destacadas por el psicoanálisis desde el origen mismo de éste, constituyen a menudo el factor decisivo si el complejo de Edipo no ha sido superado de una manera normal. Puesto que estamos hablando de tendencias genitales, son los factores genitales los que deben considerarse en primer término. La genitalidad de los niños puede ser despertada prematuramente mediante la seducción, y la intensidad de la excitación, estimulada por factores externos, puede estar más allá de la capacidad de control del niño; esto crea estados traumáticos que vinculan entre sí las esferas de la "genitalidad" y la "amenaza". Todo aquello que acentúa los temores, y con ello las represiones sexuales, da lugar a perturbaciones que dificultan la superación ulterior del complejo de Edipo. De esta manera adquieren influencia las amenazas y todas las experiencias que subjetivamente tienen el significado de amenazas, tales como accidentes, heridas, muertes o la vista repentina e inesperada de genitales adultos. Mediante el desplazamiento, las experiencias pregenitales pueden tener los mismos efectos que las genitales, especialmente las frustraciones repentinas orales y anales. Especialmente importante para la formación del complejo de Edipo es todo aquello que el niño aprende o piensa acerca de la vida sexual de los padres, tanto más si esto es experimentado de una manera repentina. A menudo tienen un efecto decisivo la combinación de experiencias reales e interpretaciones equivocadas. Aquí es necesario referirse a la esfera de la percepción sádica de la sexualidad. La así llamada escena primaria (599), es decir, la observación por parte del niño de las escenas sexuales entre adultos (entre los padres), origina al mismo tiempo un alto grado de excitación sexual —cuya naturaleza varía de acuerdo con la edad del niño— y la impresión de que la sexualidad es peligrosa. Esta impresión se debe al hecho de que la cantidad de excitación se halla más allá de la capacidad de descarga del niño y es sentida por ello como traumáticamente dolorosa; el niño puede, además, interpretar torcidamente, en un sentido sádico, aquello que percibe, o bien la vista de los genitales adultos puede producirle un temor de castración. El contenido subjetivo y la intensidad y persistencia del efecto de una escena primaria varía de acuerdo con los detalles de la escena percibida. Las circunstancias externas y los factores individuales determinan de qué cosas el niño se da cuenta realmente, qué es lo que conjetura y cómo incorpora a su experiencia psíquica anterior lo que ha visto o ha supuesto, y si esta incorpora-

ción y elaboración se producen en el momento de presenciar la escena o más tarde (cfr. 7, 1166).

En lugar de una escena primaria, pueden haberse presenciado toda clase de sustitutos de la escena primaria: la observación de animales, de adultos desnudos, e incluso de escenas que objetivamente no tienen nada de sexuales, pero que subjetivamente son experimentadas como sexuales. La eficacia de estas escenas es mayor si otras experiencias, objetivamente inofensivas, facilitan rápidamente la transferencia a los padres de aquello que se presencia. Las disputas entre los padres son equiparadas a menudo, por los niños, a escenas sexuales, con lo que se crea una idea sádica de la sexualidad.

El hecho de que la vista de genitales adultos cree o no temores morbosos en los niños dependerá de toda la historia anterior del niño, es decir, de la constelación psíquica a la que se incorpora la nueva experiencia (1273).

Freud consideraba la idea de observar a los padres durante el coito como una fantasía primaria que, aun allí donde no se haya producido la observación real de la escena, será creada con toda probabilidad en la fantasía del niño, que utilizará para ello todos los indicios que le ofrece la realidad (596). Los efectos de una fantasía de esta índole no podrán ser nunca, por cierto, iguales a los efectos de una experiencia real.

Otro acontecimiento traumático típico de importancia es el nacimiento de un hermanito o una hermanita. Esto puede ser experimentado como una repentina perturbación de las gratificaciones edípicas, ya que los cuidados maternos tienen que ser compartidos ahora con alguien más; o bien las percepciones y especulaciones sobre el embarazo incrementan la curiosidad sexual o las angustias sexuales. Tanto un trauma como el otro puede dar por resultado una tendencia a la regresión a la primera infancia.

En cuanto se refiere a las influencias de carácter crónico, las reacciones y deseos del niño con respecto a sus padres dependen del comportamiento y la personalidad de éstos. Una conducta desusada provocará reacciones desusadas. Esto se puede ver en la anamnesis familiar de la generalidad de los neuróticos. Padres neuróticos crían niños neuróticos, y el complejo de Edipo de los niños refleja el complejo de Edipo no resuelto de los padres. Muy a menudo la madre ama al hijo y el padre a la hija. El amor sexual inconsciente de los padres hacia los hijos es mayor cuando la satisfacción sexual real, ya sea a causa de circunstancias externas o debido a su propia neurosis, es insuficiente. Este amor es sentido por los niños, inconscientemente, como una excitación sexual, lo cual intensifica su propio complejo de Edipo; y a veces sienten esto mismo, inconscientemente, incluso los padres, quienes tratan de compensar tal situación mediante repentinas amenazas y frustraciones, de modo tal que frecuentemente los niños son excitados y luego frustrados por sus mismos padres.

El complejo de Edipo ideal refleja una situación triangular. De hecho, donde el complejo de Edipo es más manifiesto es en el caso de hijos úni-

cos (195, 637, 1116, 1339). Los tipos especiales de complejo de Edipo aparecen allí donde se hallan presentes más de tres personas o menos de tres. Dentro del marco de la familia, los hermanos y las hermanas son personas que, desde el punto de vista de las tendencias edípicas, son superfluas. Ante todo, son objeto de celos (1039). De las circunstancias particulares dependerá, en cada caso, el que su presencia dé lugar a un incremento del odio hacia el progenitor del mismo sexo, o bien sirva para disimularlo, por vía de diversión (827). Pero los hermanos y hermanas pueden servir también como objeto de transferencia del amor, especialmente los mayores o aquellos que son apenas un poco más jóvenes, vale decir, aquellos que siempre formaron parte del mundo conocido por el niño. Cuando hay varios hermanos o hermanas mayores, podemos encontrar "dobles del complejo de Edipo"; lo que se experimenta con los padres es experimentado por segunda vez con el hermano o la hermana mayor. Esto puede tener un efecto de alivio, pero puede crear también nuevos conflictos.

Un paciente que tenía varios hermanos mayores tuvo el siguiente sueño: "Vuelvo a casa con mi madre, después de un paseo, y encuentro que una banda de ladrones ha tomado posesión, entretanto, de nuestra casa". Los ladrones representaban a los hermanos, con quienes tenía que compartir nuevamente la madre al regresar ambos del paseo.

Los hermanos o hermanas menores, a los que habitualmente se siente como competidores, pueden ser considerados también como hijos propios, especialmente cuando la diferencia de edad es grande, y esto puede ya sea estimular el complejo de Edipo (en las niñas, por ejemplo, puede no sólo originar la idea de que "papá o mamá amará al bebé en lugar de amarme a mí", sino también esta otra: "Papá ha dado un bebé a mamá en lugar de dármele a mí"), o bien atenuar los deseos edípicos mediante una realización sustitutiva de los mismos.

La contraparte de esto, el complejo de Edipo con un número demasiado reducido de participantes, se produce en niños que se crían junto a un solo progenitor o enteramente sin padres. Cuando uno de los progenitores ha muerto o ha hecho abandono de la familia, el desarrollo ulterior del niño será afectado en forma decisiva según que el niño haya conocido o no a dicho progenitor, según haya o no padrastro o madrastra, según cuándo y en qué circunstancias éstos hayan ingresado en la familia y según la conducta y las actitudes del otro progenitor (168, 355, 760).

Incluso los niños que no conocieron al progenitor ausente se dan cuenta de que éste existió alguna vez, que otros niños viven con su padre y su madre. A causa de ello presentan una tendencia a considerarse como un caso de excepción, con derecho a reclamar ciertas compensaciones. En general puede afirmarse lo siguiente: Si es el progenitor del mismo sexo el que ha muerto, ello es sentido como una realización del deseo edípico, y crea, por lo tanto, intensos sentimientos de culpa. Si se trata del

progenitor del sexo opuesto, el amor edípico frustrado conduce, la mayor parte de las veces, a una idealización fantástica de la persona fallecida. Los detalles dependen de cuándo y cómo el niño se ha dado cuenta del deceso. Tres son, al parecer, las consecuencias especialmente importantes que se originan. Primeramente, aumenta el apego al progenitor que queda con el niño; el carácter de este apego depende del afecto que el progenitor, a su vez, siente hacia el niño, y es habitualmente de carácter ambivalente (355). Segundo, se produce a menudo una intensa vinculación inconsciente entre las ideas de sexualidad y muerte, unidas ambas por el concepto de "secretos de los adultos"; esto puede engendrar un intenso temor sexual, a causa de la idea de que la satisfacción sexual puede acarrear la muerte, o incluso una inclinación masoquista con el siguiente contenido: la muerte (reunión con el progenitor fallecido) se convierte en un objetivo sexual. En tercer lugar, una persona de duelo regresa a la etapa oral; si esto se produce a una edad temprana, tendrá efectos permanentes en la estructura del complejo de Edipo y del carácter; tanto el amor edípico como todas las relaciones de objeto posteriores se hallan entretejidos con identificaciones. Lo segundo y lo tercero se aplican también con relación a una experiencia temprana de muerte de un hermano o hermanita (1325).

Una paciente tenía temor al matrimonio. Su madre había fallecido cuando ella tenía 5 años de edad. La paciente se hizo la fantasía de que esta muerte se debía, de algún modo, a un parto o a la sexualidad. Como castigo de la gratificación edípica que experimentó a la muerte de la madre, esperaba ahora sufrir el mismo destino en el caso de casarse.

Esto tiene cierta semejanza con el caso de un paciente que, siendo niño, reaccionó a la muerte de la madre con ansiedad e hipocondría. Se había identificado con la madre, y ahora tenía el temor de que una satisfacción sexual con el padre lo matara, del mismo modo como, en su fantasía, había muerto la madre. Aquí la condensación de secreto sexual con el secreto de la muerte resulta especialmente clara, ya que ella imprimió su tinte a la angustia de castración, a la que dio la forma de un temor a que las cosas puedan desaparecer.

Una paciente cuyo padre falleció siendo ella un bebé, mostraba más tarde una tendencia a odiar a todo el mundo: a los hombres, porque ninguno de ellos era como el padre —que en virtud de haber muerto fue idealizado—, y a las mujeres porque la madre había tomado al padre para sí, dejando que se muriera antes de que la hija tuviera ninguna oportunidad de disfrutar con él.

En el caso del varón, cuando el padre falta (o es "débil"), esto puede crear una predisposición a la femineidad, porque los niños se identifican preferentemente con el progenitor a quien consideran como la fuente de sus frustraciones más decisivas.

Los conflictos entre los padres, el divorcio o la separación, pueden tener análogas consecuencias. Si los niños mismos constituyen el motivo de las disputas de los padres, esta circunstancia crea fácilmente una intensificación del complejo de Edipo completo y una fijación al narcisismo que les hace esperar que todo el mundo sentirá hacia ellos el mismo exage-

rado interés que demostraron los padres, expectación ésta que conduce fatalmente a un desengaño.

Los padres de una paciente crónicamente deprimida y con una inhibición general se habían divorciado cuando ella contaba apenas un año de edad. Al padre no lo había visto nunca. Su complejo de Edipo terminó por girar alrededor de la siguiente fantasía: "A papá no le gustaba vivir con mamá; ella no lo merecía. Yo soy diferente; algún día vendrá para llevarme consigo". El padre no vino. Esta frustración engendró un odio intenso. La depresión de la paciente representaba la vuelta de este odio contra su propia persona. Su pérdida depresiva de autoestima quería decir: "Yo tampoco soy digna de ser amada por mi (idealizado) padre".

Una conducta insólita de los padres crea complejos de Edipo insólitos en los hijos. Conducta desusada quiere decir, una vez más, desusada indulgencia, frustraciones desusadas o ambas cosas a la vez. Una crianza desusadamente indulgente, como para echar a perder al niño, da lugar a frustraciones desusadas, ya que los niños que han sido excesivamente mimados no han aprendido a tolerar las frustraciones y experimentan las frustraciones pequeñas como si fueran graves. Las medidas educacionales planeadas son de menor importancia que la conducta desprevenida, natural, diaria de los padres (1458). Dos factores pueden ser señalados como especialmente importantes. En primer lugar, la actitud de la madre hacia el sexo del niño: algunas madres anhelan un hijo varón y se lo hacen sentir así a las hijas. En segundo lugar, las actitudes de los padres entre sí, porque estas actitudes moldean las ideas de los niños acerca de la sexualidad.

De esta manera, la moral familiar influye sobre la forma del complejo de Edipo de los hijos. Hasta qué punto un niño siente que sus impulsos instintivos son lícitos y hasta qué punto malos es cosa que depende no solamente, por ejemplo, de si se les prohíbe y en qué forma se les prohíbe la masturbación, sino también, y eso aún más, de la actitud general de los padres hacia el sexo, cosa que manifiestan constantemente, a sabiendas o no. En esto se incluye también la reacción de los padres a las actitudes del niño consigo mismo, hacia los otros niños, hacia la masturbación, así como también sus actitudes hacia el destete y hacia la enseñanza de los hábitos higiénicos durante el desarrollo oral y anal del niño. La fijación pregenital confiere al futuro complejo de Edipo un tinte pregenital irrevocable. Merecen mención especial las formas pasivo-receptivas del complejo de Edipo masculino creadas por la sobreprotección materna (1041). Ciertos padres de tipo autoritario bloquean con su conducta toda posibilidad de que el hijo se haga independiente.

Un paciente de 40 años de edad, con una intensa fijación ambivalente a su tiránico padre, habiendo contraído un resfrío, recibió un telegrama del padre, desde una ciudad distante, concebido en estos términos: "A causa del tiempo dudoso, no salgas hoy de casa".

Hay todavía otro factor muy importante que en nuestros días crea ambientes diferentes para unos y otros niños, y que puede influir sobre la forma particular de su complejo de Edipo: la posición social de los padres. La mayoría de los niños equipara inconscientemente "socialmente bajo" a "instintivo, inhibido", y "socialmente alto" a "sublimado, inhibido". Cuando una persona que pertenece a una familia de posición desahogada se siente especialmente atraída por las personas de un nivel social inferior, el análisis revela, a menudo, no sólo un anhelo de reaseguramiento contra la humillación (castración) a través del coito con personas igualmente "humilladas" (castradas), sino también un anhelo de sensualidad prohibida. Esto puede ser racionalizado como un impulso de ayudar a mejorar situaciones sociales.

Muchos niños, en sus sueños diurnos edípicos, se entregan a la idea fantástica de no ser en realidad hijos de sus padres; fantasean con ser una especie de niños expósitos, provenientes en realidad de una familia de muy diferente categoría social; ésta puede ser tanto una familia elevada y particularmente privilegiada como una familia muy pobre y humilde. Las fantasías de esta índole, denominadas por Freud "novela de familia" (552), pueden servir a diferentes propósitos: orgullo narcisista, terquedad, venganza contra los padres y esperanza de gratificaciones futuras.

Pero las fantasías inconscientes acerca de diferencias sociales no nos dicen mucho sobre la forma en que las situaciones reales derivadas de las diferencias sociales influyen sobre el complejo de Edipo del niño. Su influencia, en realidad, es constante, ya que tanto las experiencias sexuales como las frustraciones sexuales varían de acuerdo con las normas sociales. Freud demostró esto en detalle (596), y no hará falta sino recordar, por ejemplo, las experiencias sexuales, agresivas y frustradoras de los niños de los barrios más bajos, para darse cuenta de ello. Las experiencias relacionadas con la posición social del padre van estructurando, por cierto, el amor o el odio, la veneración o el desprecio, la admiración o la compasión que el niño sentirá hacia él (496).

La impresión que prevalece en el ánimo, sin embargo, es de que el factor objetivamente importante de la posición social de la familia se refleja en la forma del complejo de Edipo del niño menos de lo que podría esperarse. Esto radica en el hecho de que son los mismos principios morales (o incluso dicho las mismas incertidumbres) los que operan en los diferentes estratos de una misma sociedad.

Se ha sugerido la idea de investigar las ventajas y desventajas de la educación familiar (a la que se deben los complejos de Edipo) mediante la comparación de los niños comunes —los que se han educado en el seno de sus familias— con aquellos que se han criado fuera de todo círculo familiar, por ejemplo, dentro de instituciones. Pero aun los niños que se encuentran en instituciones no están libres de la influencia del concepto de familia. Tarde o temprano se enteran de la existencia de la institución de la familia, de que otros niños tienen padre y madre, y que su posición en este sentido es de desventaja. De manera que también estos niños tienen

su complejo de Edipo. No sólo crean vínculos instintivos de amor, odio, celos, etc., hacia sus educadores, sino que además elaboran fantasías acerca de la madre y el padre, análogas a las ideas propias de los niños educados en familia, con la sola diferencia de su índole fantástica. Su complejo de Edipo se caracteriza por la manera como divergen la fantasía y la realidad (250). Lo que se ha dicho de los niños que no conocieron a uno de sus progenitores es cierto también con respecto a los niños de instituciones, y esto último en dos sentidos. Si en vez de ser criados en un determinado lugar han estado sujetos a cambios frecuentes de ambiente, esto no sólo se refleja en forma de perturbaciones típicas de las formaciones del carácter, sino que no logran jamás una oportunidad de crear relaciones duraderas de objeto y su complejo de Edipo queda reducido a pura fantasía. Hay en toda clase de comunidades permanentes personas adultas que hacen las veces de sustitutos de los padres, pero el hecho de que no sean los padres verdaderos se reflejará en la forma especial del complejo de Edipo.

La forma particular del complejo de Edipo de cada individuo está conformada por la experiencia. Pero ¿qué diremos del complejo de Edipo mismo? ¿Es éste un hecho biológico, inherente a la especie humana, o un producto de la institución social de la familia, sujeto a los mismos cambios a que está expuesta esta institución?

Hay que aclarar, en primer lugar, que la diferencia entre lo biológicamente determinado y lo socialmente determinado es relativa. Ya hemos destacado la opinión de Freud en el sentido de que los instintos no representan patrones invariables de conducta: constituyen, más bien, remanentes de influencias ambientales más antiguas (588). No es un complejo de Edipo innato y místico el que ha creado la familia como un lugar en que el mismo pueda ser satisfecho, sino que es la familia la que ha creado el complejo de Edipo. En segundo lugar, la respuesta depende de la definición del complejo de Edipo. La criatura humana, en sus comienzos, se halla biológicamente más indefensa que las criaturas de las otras especies de mamíferos. Necesita cuidados y amor. Por esta razón, su reclamo de amor, de parte de los adultos que los protegen y nutren, será constante, y constantemente incubará sentimientos de odio y de celos hacia las personas que le quitan ese amor. Si llamamos a esto complejo de Edipo, el complejo de Edipo tiene un fundamento biológico.

Pero Freud usa el término en un sentido más estricto; significa una combinación de amor genital hacia el progenitor del sexo opuesto y celos y deseos de muerte hacia el progenitor del mismo sexo, una combinación altamente integrada con actitudes emocionales, que representa la culminación del largo proceso de la sexualidad infantil. En este sentido, el complejo de Edipo es indudablemente un producto de la influencia familiar. Si la institución de la familia llegara a cambiar, necesariamente cambiaría también el modelo del complejo de Edipo. Se ha demostrado, respecto de sociedades con estructuras familiares diferentes de la nuestra, que tienen, en efecto, complejos de Edipo diferentes (1101). Parecen haber fracasado

los esfuerzos que se han hecho para explicar las diferentes constelaciones familiares como "represiones del complejo de Edipo" (891).

El problema del origen del complejo de Edipo se convierte de este modo en el problema de los orígenes de la familia, capítulo interesante y aún no resuelto, que cae más allá del alcance de una teoría de la neurosis. Freud postuló una hipótesis sobre el origen filogenético del complejo de Edipo en cierto período prehistórico en que la humanidad se hallaba organizada en forma de hordas regidas por un jefe, que un día fue muerto y comido por sus hijos, incorporación ésta que habría hecho surgir el primer remordimiento y la primera inhibición (579). No es éste el lugar para ocuparnos de la fascinante hipótesis de *Totem y tabú*. Hay un hecho que esta hipótesis no altera, y es que los conflictos sexuales de los niños serían diferentes si éstos no convivieran con sus padres y un pequeño grupo de hermanos y hermanas, expuestos a los típicos conflictos familiares de excitación sexual y frustración. Diferentes ambientes producen reacciones diferentes.

En el período culminante de su complejo de Edipo, todo niño debe experimentar forzosamente desengaños y heridas narcisísticas. El competidor es un adulto, que por ello goza de ciertas ventajas y privilegios. Estas heridas narcisísticas provocan reacciones de diferente índole en los diferentes casos, según sea la constitución de los niños, la forma concreta en que son experimentadas dichas heridas, y todas las experiencias anteriores. Todo niño anhela ser adulto y acostumbra "representar el papel de adulto".

Pero el hecho de ser niño implica también ciertas ventajas. Todas las veces que un niño se siente atemorizado de sus propias emociones y de la implacabilidad de los impulsos eróticos y agresivos, puede hallar refugio en el carácter particular de su situación ("todo esto no es muy serio porque todavía soy un niño") y en un anhelo receptivo de ayuda exterior.

Tanto el anhelo de ser adulto (cuando a él se oponen sentimientos de culpa) como el sentimiento de hallarse protegido mientras se sigue siendo niño, son causa de fijaciones, y de que muchos neuróticos, posteriormente, se comporten y sientan como si aún fueran niños en la fase fálica.

Un paciente que era un médico de éxito, con muchos años de profesión, descubrió, en el curso de su análisis, que cada vez que un farmacéutico ejecutaba una receta que él había prescrito, tenía este sentimiento de asombro: "¡El farmacéutico, que es un hombre grande, está haciendo realmente este trabajo nada más que porque yo, que soy un niño, he escrito una receta!"

TIPOS DE ELECCION DE OBJETO

Sería erróneo suponer que en la infancia no hay más objeto de amor que el progenitor del sexo opuesto. También pueden tener una influencia decisiva los hermanitos y hermanitas, tíos, tías, abuelos (458, 877), y

los amigos y conocidos de los padres. Muchos niños pasan por cierto género de aventuras amorosas con otros niños del mismo sexo, o del sexo opuesto, o con personas adultas. Probablemente se produciría un número mayor de aventuras de esta índole entre niños si la educación no tendiera a prohibirlas. En cuanto se refiere al mecanismo de la elección de objeto, Freud hizo la distinción entre el tipo anaclítico de elección—cuando un objeto es elegido porque provoca asociaciones con referencia a otro objeto primitivo del pasado, ordinariamente el progenitor del sexo opuesto, a veces el del mismo sexo, un hermanito o una hermanita, u otras personas del contorno infantil— y el tipo narcisista de elección, cuando un objeto es elegido porque representa ciertas características de la personalidad del sujeto mismo (585). Tanto el tipo anaclítico de elección de objeto como el narcisista pueden efectuarse:

a) en forma positiva, es decir, que el objeto elegido es similar al objeto del pasado o al yo de la persona misma;

b) en forma negativa, es decir, que el objeto elegido representa lo contrario del objeto del pasado o del yo propio;

c) en forma ideal, es decir, que el objeto elegido representa lo que uno desearía que hubiera sido el objeto del pasado o el propio yo (585).

EL PROBLEMA DEL TEMOR A LA CASTRACION EN LA MUJER

En el caso del varón la angustia de castración hace forzosa, en determinado momento, la eliminación del complejo de Edipo. En la niña no parece que exista una angustia de castración que pueda ser considerada como una fuerza dinámica. La idea de haber perdido un órgano no puede condicionar las mismas restricciones instintivas que la idea de que uno puede perder un órgano a causa de la actividad instintiva. Es cierto que muchas mujeres, a continuación del desengaño sufrido, se forjan la fantasía de poseer un pene (502). Pero una angustia que se refiere a un órgano que sólo existe en la fantasía no puede tener un efecto dinámico igual al que tiene una amenaza contra un órgano real.

La pregunta referente a la angustia de castración en la mujer no es fácil de contestar (1240). Ante todo, se puede afirmar que en el caso de la mujer, el complejo de Edipo no es combatido en la misma medida ni con igual decisión que el complejo de Edipo en el varón. El número de mujeres que durante toda su vida quedan ligadas al padre o a figuras paternas, o que de algún modo delatan una relación entre su objeto amoroso y su padre, es mucho mayor que el de los hombres que no han superado la fijación a la madre (1496). En segundo lugar, el análisis demuestra que otros temores más antiguos—sobre todo, el temor a la pérdida de amor—son más fuertes en la mujer, y en muchos aspectos desempeñan el papel que corresponde, en el hombre, a la angustia de castración. En tercer lugar, el temor de estar castrada a consecuencia de alguna actividad prohibida, y que ello pueda ser descubierto, limita a menudo, de manera

considerable, las expresiones sexuales de la niña. A menudo encontramos, en la niña, la idea de haber deteriorado el propio cuerpo, o la idea de haber perdido toda posibilidad de tener hijos, o al menos hijos sanos, así como otras angustias que anuncian el inminente descubrimiento de su "deshonra". En cuarto lugar, hay angustias que se deben a la expectación de daños genitales con carácter de represalia, que ocupan el lugar del temor a la castración. Así como las concepciones animistas crean, con sus confusiones, angustias pregenitales carentes de fundamento real, determinan también angustias genitales de carácter fantástico. La niña ignora a menudo que posee un órgano hueco, preformado, en la vagina, y esto explica el temor fantástico de que su anhelo genital de ser penetrada por el órgano del padre pueda acarrearle un daño corporal. A pesar de todo esto el análisis revela, en algunas mujeres, el temor inconsciente de que les sea cortado un órgano en castigo de sus prácticas sexuales.

Una mujer, en quien se observaba en forma notable una angustia de este tipo, había sufrido, cuando niña, una operación en un pulgar. En dicha ocasión la amenaza de amputación, de carácter real en ese caso, fue desplazada al pene que poseía en su fantasía.

Algunos autores preanalíticos, primeramente (Wedckind, por ejemplo), y más recientemente Fromm, han hecho hincapié en la idea de que las diferencias en las angustias que predominan respectivamente en uno y otro sexo se deben en parte a las diferencias de orden fisiológico en la realización del coito (655). El hombre necesita de una erección para realizar el acto. La mujer no necesita de ningún cambio correspondiente en su cuerpo (es capaz, incluso, de realizar el acto sin ningún goce), pero depende de la erección del hombre. De esta manera, el temor del hombre es un temor a la impotencia o al fracaso y el de la mujer es un temor de ser abandonada o un temor a la pérdida de amor.

No cabe duda de que esta diferencia de orden fisiológico contribuye al predominio que tienen, respectivamente, en el hombre y en la mujer, el temor a la castración y el temor a la pérdida de amor. Pero esto no puede ser más que un aporte secundario, relativamente tardío. El predominio respectivo de los dos temores se produce en la infancia, mucho antes de las primeras experiencias de coito.

Uno de los factores que complican el desarrollo en el caso de la mujer, si se lo compara con el del hombre, es el cambio de objeto. Otro factor es el doble carácter de la sexualidad femenina. No hay duda de que la "sexualidad prostática" en el hombre—tan íntimamente vinculada al erotismo anal y uretral—no desempeña un papel tan significativo como el de la sexualidad clitoridiana. Pero es necesario no olvidar que no se debe tan sólo a estas diferencias de carácter fisiológico la mayor predisposición femenina a la neurosis. También existen—y esto es ya más importante—diferencias de índole cultural y social en la educación de uno y otro sexo en lo que a los instintos se refiere.

RESUMEN

Abraham resumió la historia del desarrollo de la libido en un cuadro gráfico (26), que presentamos aquí, con ligeras modificaciones y con el agregado de una columna adicional, en la que se consigna anticipadamente el punto dominante de fijación respectivo. Es necesario que repitamos las advertencias hechas por Abraham en ocasión de dar a la publicidad este cuadro: "Este cuadro —decía— es comparable al horario de un tren expreso, en el que sólo se mencionan unas pocas estaciones, de entre las más importantes. Es inevitable pasar por alto todo aquello que queda situado entre dichas estaciones. Es necesario aclarar también que las etapas que en las columnas se hacen figurar a una misma altura no por ello coinciden necesariamente".

| Etapas de la organización libidinosa | Etapas del desarrollo del amor objetal | Punto dominante de fijación en: | |
|--|--|--|--|
| 1. Primera etapa oral (de succión) | Autoerotismo (sin existencia de objeto, preambivalente) | Ciertos tipos de esquizofrenia (estupor) | |
| 2. Segunda etapa oral (sú-dicooral, canibalística) | Ambivalentes Narcisismo; incorporación total del objeto | Trastornos maniaco-depresivos (adiciones, impulsos mórbidos) | |
| 3. Primera etapa sádicoanal | | Amor parcial con incorporación | Paranoia; ciertas neurosis de conversión pregenital |
| 4. Segunda etapa sádicoanal | | Amor parcial | Neurosis obsesiva; otras neurosis de conversión pregenital |
| 5. Primera etapa genital (fálica) | | Amor objetal limitado por el predominante complejo de castración | Histeria |
| 6. Etapa genital final | Amor (post-ambivalente) | Normalidad | |

CAPÍTULO VI

LAS FASES AVANZADAS DEL DESARROLLO MENTAL: EL SUPERYO

LAS PRIMERAS ETAPAS DEL SUPERYO

El temor al castigo y el temor de perder el cariño de los padres difieren de otras ansiedades que dan motivo a la defensa. Mientras que otros peligros exigen la cesación incondicional de la actividad que entraña el peligro, en este caso la actividad puede prolongarse en secreto, o bien el niño puede simular que se siente "mal" en situaciones en que realmente se siente "bien". (En una conferencia sobre este tema dijo cierta vez Ferenczi: "Y de esta mentira nació la moral".)

Un paso importante en la maduración ulterior es el que tiene lugar cuando las prohibiciones establecidas por los padres siguen conservando su eficacia aun en ausencia de éstos. Ahora tenemos, establecido dentro de la psique del individuo, un guardián permanente, encargado de anunciar la proximidad de posibles situaciones o de una conducta que puedan acarrear la pérdida del cariño de la madre, o bien la proximidad de una ocasión de ganar, con carácter de recompensa, el cariño de la madre. Este guardián realiza la función esencial del yo: anticipar las probables reacciones del mundo externo a la conducta propia. Una parte del yo se ha convertido en una "madre interior", que amenaza con un posible retiro del cariño.

Esta internalización de la madre se produce mediante un acto de introyección. La introyección es el primer fin instintivo dirigido hacia los objetos; más adelante es usada también como una expresión de hostilidad, por cuanto es capaz de hacer desaparecer los objetos, y finalmente puede reemplazar regresivamente relaciones de objetos más diferenciadas. Como intento de defensa contra los objetos, la introyección fracasa con frecuencia, porque el temor al objeto externo puede seguir existiendo como un temor al objeto introyectado.

La introyección de las prohibiciones de los padres produce cierto cambio adaptativo dentro del yo. Las modificaciones de esta índole son los precursores del superyo, a los que Ferenczi ha dado el nombre de "moral de los esfínteres" (505).

Esta expresión hace resaltar la importancia de la enseñanza de los hábitos higiénicos en la formación de esta "pre-conciencia". El niño, cuando se le pide que evacue sus intestinos solamente en ciertas circunstancias, se ve abocado a un conflicto entre "debiera" y "me gustaría". El desenlace del mismo depende de la intensidad de los impulsos que han de ser refrenados y de los sentimientos hacia el adulto que reclama tal cosa del niño.

Originariamente el niño desea, sin duda, hacer las cosas que hacen los padres. Su objetivo es, en ese momento, la identificación con las actividades de los padres, no con sus prohibiciones. Los principios y los ideales de los padres constituyen una parte esencial de su personalidad. Si los niños quieren identificarse con los padres, también quieren identificarse con sus principios e ideales. Las prohibiciones son aceptadas como algo que forma parte del hecho de vivir de acuerdo con esos principios e ideales. El empeño de llegar a sentirse semejante a los padres, como una recompensa que hay que lograr, hace más fácil la aceptación de estas prohibiciones. La identificación efectiva con las prohibiciones se transforma en un sustituto, por desplazamiento, de la identificación con las actividades de los padres, que el niño se proponía.

Resulta extraño ver que las fuerzas que se oponen a los impulsos instintivos tienen, a menudo, el mismo carácter tempestuoso e irracional de los instintos. Donde resulta más fácil de observar este hecho es en el fenómeno del masoquismo moral. Pero también se lo encuentra en todo sentimiento de culpa normal —con su búsqueda impulsiva de una oportunidad de mejorar— y en el curso de cualquier análisis de las resistencias, en los caracteres "regidos por los instintos". En su libro *El yo y el ello*, Freud, luego de plantear el problema de las características instintivas de las fuerzas anti-instintivas, dio esta respuesta: las fuerzas anti-instintivas tienen carácter instintivo porque son derivadas de los instintos (608). Las actitudes instintivas de los niños hacia los padres son convertidas en fuerzas hostiles a los instintos mediante la introyección de los padres. De esta manera los impulsos instintivos han sido transformados, por influencia del mundo externo, en impulsos anti-instintivos.

"Las prohibiciones de los padres, internalizadas", que son las precursoras del superyó, son muy poderosas en cuanto amenazan al niño con un castigo terrible, del que éste se ha formado una idea de acuerdo con los falsos conceptos que ya hemos mencionado; pero al mismo tiempo son débiles, porque son fácilmente desobedecidas o soslayadas tan pronto como el niño no es observado por nadie, o bien alguna otra circunstancia parece hacer permisible algo que antes había sido prohibido. Los objetos introyectados pueden ser fácilmente rechazados mediante una nueva proyección y las funciones de los precursores del superyó pueden ser nuevamente trasladadas a personas del mundo externo (1266). Los policías y los cuacos asumen la representación de estos "pre-superyós internalizados". El niño fluctúa entre ceder a sus impulsos o sojuzgarlos. Las prohibiciones no tienen todavía un carácter unitario y organizado. En todo caso se trata todavía de una situación en la cual, bajo la influencia del mundo externo, una

parte de la energía instintiva es utilizada para sojuzgar otras energías instintivas; y este cambio de dirección es debido a una introyección.

LA INSTAURACION DEL SUPERYO

Ahora podemos volver nuevamente al problema de cómo se resuelve normalmente el complejo de Edipo. La respuesta es ésta: las relaciones objetales del complejo de Edipo son reemplazadas, regresivamente, por identificaciones (608). La introyección de los objetos del complejo de Edipo promueve el desarrollo del yo y lo complica de una manera decisiva. La frustración del complejo de Edipo produce una regresión que va de tipos más diferenciados de relación objetal a la introyección y la oralidad, y el anhelo sexual de un objeto es reemplazado por una modificación asexual dentro de la organización del yo.

Las identificaciones que resuelven el complejo de Edipo no son, por supuesto, completas. Sustituyen a los impulsos sexuales y hostiles hacia los padres (por lo menos en su mayor parte). Con la identificación coexiste, sin embargo, una cariñosa relación de objeto, de fines inhibidos. La parte del yo que fue modificada por la identificación, "los padres introyectados", no puede fusionarse inmediatamente con el resto del yo, porque los objetos introducidos en el yo son demasiado grandiosos, y la distancia entre ellos y el sentimiento del yo que posee el niño es demasiado grande. Los objetos recién introyectados se combinan con los objetos parentales ya introyectados, que configuran los ya descritos precursores del superyó. Describiendo esta fase, dice Freud: "Puede considerarse, por lo tanto, que el resultado más amplio, de carácter general, de la fase sexual regida por el complejo de Edipo, es la formación de un precipitado en el yo... Esta modificación del yo conserva su posición especial. Se manifiesta, en el contraste con los otros elementos integrantes del yo, bajo la forma de un superyó" (608).

El yo "toma prestado" de los poderosos padres la fuerza que le permite frenar el complejo de Edipo. De esta manera, la resolución del complejo de Edipo es la causa de ese notorio y decisivo "paso dentro del yo" (606), que es tan importante para el desarrollo ulterior del yo y que se diferencia de su precursor por su organización: el superyó.

El concepto de superyó constituye el punto de partida de un sinfín de problemas, objeto frecuente de discusiones, pero que de ningún modo pueden considerarse completamente resueltos (cfr. 37, 232, 348, 775, 781, 782, 835, 838, 843, 893, 895, 1175, 1179, 1196, 1287, 1289, 1333, 1379, 1567, 1602). Bastará, en esta ocasión, que hagamos el esbozo de algunos de estos problemas.

Si el superyó no fuera más que una identificación con el objeto frustrador del complejo de Edipo, se podría esperar que el varón presente un superyó "materno" y la niña un superyó "paterno". Pero éste no es el caso. Es verdad que, de acuerdo con el carácter "total" del complejo de Edipo,

toda persona tiene, en su superyó, rasgos de ambos progenitores. Pero dentro de las condiciones de nuestra cultura generalmente tiene carácter decisivo, para ambos sexos, el superyó paterno. En la mujer, por otra parte, un superyó materno tiene funciones de ideal del yo, de carácter positivo. Los hombres que, en oposición a la regla general, poseen un acentuado superyó materno, han tenido, por lo general, una madre dominante (658, 1041, 1266). La identificación más pronunciada es la que toma como objeto para la identificación a aquel de los progenitores que fue considerado como el causante de las frustraciones de carácter decisivo, papel que, en una familia patriarcal, corresponde habitualmente al padre, pero que puede también ser desempeñado, en casos excepcionales, por la madre. Como se ve, el reemplazo de una relación objetal inalcanzable, por una identificación, no es asunto sencillo. Hay razones biológicas, al parecer, que en circunstancias normales impiden al varón una identificación muy intensa con una mujer y a la niña con un hombre. Los intentos realizados hasta ahora para resolver estos problemas no han sobrepasado aún lo manifestado por Freud: "Parecería que es la fuerza relativa de las predisposiciones sexuales masculinas y femeninas lo que decide, en uno y otro sexo, si el resultado de la situación edípica ha de ser una identificación con el padre o con la madre. Ésta es una de las formas en que se hace efectiva la influencia de la bisexualidad en las vicisitudes posteriores del complejo de Edipo" (608).

FUNCIONES DEL SUPERYO

Con la instauración del superyó se producen modificaciones en diversas funciones psíquicas. La ansiedad se transforma parcialmente en sentimientos de culpa. Ya no es más un peligro externo —la pérdida de amor o la castración— lo que se teme, sino un representante interno de ese peligro, que amenaza desde adentro. La "pérdida de la protección del superyó", o "el castigo interno llevado a cabo por el superyó", es experimentado en forma de una disminución sumamente dolorosa de la autoestima, y en ciertos casos extremos, como una sensación de aniquilamiento. Ya hemos dicho repetidas veces que los niños pequeños tienen necesidad de cierta clase de suministros narcisísticos para mantener el equilibrio. El privilegio de conceder o negar estos suministros ha pasado ahora al superyó. El temor de ser castigado o abandonado por el superyó es el temor al aniquilamiento por la falta de estos suministros.

Mientras subsiste este miedo, el yo siente la necesidad de eliminarlo con la misma urgencia con que experimenta una pulsión instintiva. El origen de este impulso constituye un ejemplo de cómo puede comprenderse el origen de los instintos en general: su causa reside en la incorporación de exigencias externas (588).

El yo se comporta con el superyó tal como antes lo había hecho con un progenitor amenazante cuyo cariño y cuyo perdón le eran necesarios. Crea una necesidad de absolución. La necesidad de castigo es una forma especial

de la necesidad de absolución: el dolor del castigo es aceptado, o incluso provocado, con la esperanza de que después del castigo tendrá fin el dolor de los sentimientos de culpa, que es mayor. Tenemos así, una vez más, que la necesidad de castigo puede ser entendida como la opción por un mal menor. En lugar de la castración es ofrecido un sacrificio tendiente a evitar la castración. El sacrificio es emprendido de manera activa, y es menos displaciente que la espera pasiva de algo que va a suceder. Pero las cosas son, a veces, más complicadas. Así como el "ser pegado por el padre" puede convertirse en un fin sexual, en los masoquistas, también puede pasar esto con el "ser pegado por el superyó" (613).

Una vez establecido el superyó, es él quien decide qué pulsiones o necesidades han de ser permitidas y cuáles sojuzgadas. El juicio lógico del yo acerca de si un impulso puede acarrear o no un peligro, se complica ahora a causa de ilógicos sentimientos de culpa. Al mismo tiempo que debe respetar la realidad, el yo se ve obligado ahora a respetar a otro "representante de la realidad", a menudo irracional.

El superyó es el heredero de los padres no sólo como fuente de amenazas y castigos, sino también como fuente de protección y como aquel que provee un amor reasegurador. El estar en buenos o malos términos con el superyó se hace ahora tan importante como antes lo fue el estar en buenos o malos términos con los padres. El reemplazo de los padres por el superyó, en este aspecto, constituye un prerrequisito de la independencia del individuo. La regulación de la autoestima ya no depende de la aprobación o el rechazo de parte de objetos externos, sino de la sensación de haber procedido, o no, como corresponde. El hecho de complacer al superyó en sus exigencias, no sólo procura un alivio, sino también sensaciones definidas de placer y seguridad del mismo tipo que el niño encuentra en los suministros externos de amor.

El negarse a complacer al superyó acarrea sentimientos de culpa y remordimientos semejantes al sentimiento, de parte del niño, de no ser más querido.

Los mismos mecanismos de defensa que son utilizados contra los afectos desagradables en general, pueden ser puestos en juego también contra los sentimientos de culpa.

Los sentimientos de culpa que acompañan la realización de una mala acción y los sentimientos de bienestar que produce el cumplimiento de una norma ideal, constituyen los modelos normales de los fenómenos patológicos de la depresión y la manía.

El hecho de que la autoestima depende de que sean satisfechas o no las normas ideales, hace que las formas de regulación de la autoestima sean tan numerosas como los ideales mismos. Los ideales se forjan, en los niños, no sólo por la existencia de modelos reales que han de ser imitados, sino también mediante relatos, enseñanzas y dogmas. Son transmitidos por la tradición y determinados por circunstancias de orden cultural y social.

Se ha intentado algunas veces establecer una distinción entre los ideales del yo, es decir, los patrones ideales de lo que uno desearía ser, y el superyó, que se caracteriza por su poder de amenaza, prohibición y castigo. Pero fue Freud, con su clara visión sobre el origen del superyó, quien demostró cuán íntimamente entrelazados se hallan los dos aspectos (608). Se hallan tan entremezclados como en su momento la capacidad de amenaza y la capacidad de protección de parte de los padres. Incluso la manera en que estas funciones quedan combinadas en las "promesas de protección a condición de obedecer", no es otra cosa que una transferencia de los padres al superyó.

Se ha criticado a Freud el no haber hecho la distinción entre los ideales verdaderos, que son aceptados de todo corazón por la personalidad total, y los ideales "inauténticos", que uno cree que debe profesar porque así lo exige una autoridad, ya sea externa o internalizada (653). Pero incluso los ideales más auténticos han sido creados por la introyección. La diferencia reside en la commensurabilidad o incommensurabilidad del objeto introyectado y el sujeto, vale decir que depende de la historia previa de la relación con los objetos cuya introyección ha dado lugar a la formación del ideal.

La relación entre el superyó y el mundo externo se debe al hecho de que el superyó deriva de la introyección de un fragmento del mundo externo. Es el representante interno, por ello, de cierto aspecto del mundo externo. Como esto mismo puede decirse también del yo, la formación del superyó es, en cierto sentido, una copia de la formación del yo; lo que ahora se constituye es un segundo yo, un "super" yo, que queda limitado, eso sí, a las esferas de la amenaza y la promesa, del castigo y la recompensa. La incorporación de este fragmento del mundo externo es un fenómeno relativamente tardío. El superyó será, de este modo, la parte del aparato psíquico más cercana al mundo externo. Muchas personas se dejan influir, en su conducta y su autoestima, no sólo por lo que ellos mismos consideran correcto, sino también por lo que pueden pensar los demás. No siempre se puede establecer una distinción clara entre superyó y objetos que plantean exigencias. Las funciones del superyó pueden ser fácilmente reprojectadas, es decir, desplazadas a figuras revestidas de autoridad, de reciente aparición. (Esto ocurre especialmente cuando, por razones de orden externo o interno, se ha hecho imposible el control activo del mundo externo.) Una confirmación clínica de la existencia de estas íntimas relaciones entre superyó y mundo externo la hallamos en las ideas delirantes de relación. Las funciones del superyó (siendo como son, en cierto sentido, mitad yo y mitad mundo externo) son las que más pronto hacen su aparición cuando un paciente, luego de experimentar una pérdida del mundo objetal, trata de recuperar lo perdido, sin poseer plena capacidad para ello.

El hecho de que la formación del superyó se produce en un nivel superior al de la formación del yo surgirá con toda evidencia de lo que vamos a exponer a continuación. La capa más profunda del yo está for-

mada por las sensaciones provenientes del cuerpo propio; la orientación kinestésica (y también la olfativa) es anterior, en general, a la orientación visual. Pero también la orientación visual se produce en una época muy temprana y predomina en el pensamiento preconscious de tipo fantástico. El paso decisivo hacia la consolidación de la parte consciente del yo es dado cuando a las formas más arcaicas de orientación se agrega la concepción auditiva de las palabras. En contraposición a esto, las sensaciones que forman la base del superyó comienzan con los estímulos auditivos de la palabra. Las palabras de los padres —de advertencia, de aliento o de amenaza— son incorporadas por la vía del oído. Por esta razón las órdenes del superyó son, por lo general, verbalizadas (11, 608, 628). "El paso dentro del yo" es sentido por el niño cuando "oye la voz interior de la conciencia" (1289). En consonancia con esto, la relación de una persona con el lenguaje se rige principalmente, a menudo, por reglas del superyó (838).

El superyó se halla vinculado al ello por su génesis. Los objetos más esenciales del ello, los objetos del complejo de Edipo, prolongan su existencia en el superyó. Esta génesis explica el carácter urgente, irracional, semejante al instinto, que tienen muchos impulsos del superyó, los que, en el desarrollo normal, han de ser superados por el razonamiento juicioso del yo (433). "El superyó está profundamente sumergido en el ello" (608).

Por un lado, la severidad del superyó corresponde a la previa severidad real de los padres. Por otro lado, dadas las íntimas relaciones entre el superyó y el ello, depende de la estructura instintiva del niño (la que a su vez depende de la constitución y las experiencias previas). El niño que odia inconscientemente a sus padres, teme la represalia de parte de su superyó. De esta manera, la severidad del superyó puede expresar también la hostilidad originaria del niño hacia sus padres.

LA RESOLUCION DEL COMPLEJO DE EDIPO

La instauración del superyó pone fin a las pulsiones del complejo de Edipo e inicia el período de latencia. El superyó es, para Freud, el beredero del complejo de Edipo (608, 612).

Ahora se hace comprensible cómo el complejo de Edipo constituye la culminación normal del desarrollo sexual infantil, a la vez que la base de toda neurosis: la presencia de impulsos edípicos es normal a cierta edad, pero patológica a cualquier otra edad. La neurosis, basada en una persistencia indebida del complejo de Edipo, representa la persistencia de una etapa del desarrollo que normalmente debió haber sido superada (618).

Hay suficientes pruebas, sin embargo, de que el afirmar que "una persona neurótica ha conservado su complejo de Edipo, mientras que una persona normal no", simplifica excesivamente las cosas. El análisis de los sueños de una persona normal (552), así como de las obras de los artistas (559, 568), demuestra que el complejo de Edipo continúa actuando

también en las personas adultas normales. Los sueños, es cierto, no constituyen una prueba cabal. Durante el dormir pueden revivir viejas situaciones infantiles que en las horas del día no tienen ya nada de activas. Debe admitirse, sin embargo, que el principio más arriba expuesto no tiene una validez axiomática. También el adulto sigue teniendo su complejo de Edipo, pero hay una diferencia de carácter cuantitativo entre el individuo normal y el neurótico. En toda manifestación de la vida psíquica subsisten, hasta cierto punto, debajo de las etapas más recientes, otras más antiguas, que en determinadas circunstancias pueden revivir. Para usar la metáfora de Freud, la persona normal conserva unas pocas "tropas de ocupación" en la posición denominada "complejo de Edipo", mientras que el grueso de las tropas ha continuado su marcha (596). Pero en el caso de un *gran* aprieto, estas últimas pueden retroceder también a dicha posición, y la persona normal, de este modo, convertirse en neurótica. Una persona con predisposición neurótica es una persona que ha dejado casi todas "sus tropas" en el complejo de Edipo. Sólo muy pocas han avanzado, y a la menor dificultad tienen que regresar para reunirse con el grueso de las fuerzas en su primera posición, el complejo de Edipo. De esta manera, lo que caracteriza la predisposición neurótica no es la existencia de un complejo de Edipo sino el hecho de no haberse superado el mismo.

La forma en que se produce esta superación (612) se refleja necesariamente en la personalidad ulterior. Por regla general, esto ocurre de diferente modo en cada uno de los sexos. El varón renuncia a sus deseos edípicos sensuales y hostiles a causa del temor a la castración, temor cuya intensidad obedece a la sobrecatexis del pene durante la fase fálica. El complejo, según Freud, "es reducido a añicos por el shock de la amenaza de castración" (612). La niña, en cambio, renuncia a él por temor a la pérdida de amor, por desengaño, por vergüenza y también por temor al daño físico (véase pág. 130). Todas estas fuerzas —las del caso de la niña— son de un valor dinámico menor que el del temor a la castración. Por ello, la resolución del complejo de Edipo se produce generalmente de una manera más gradual y menos completa que en el varón. En opinión de Freud este hecho constituiría la base psicológica de las ulteriores diferencias caracterológicas entre uno y otro sexo (617, y cfr. también 843, 1164). Si la formación del superyó no ha sido lograda del todo, quedando limitada su extensión por una previa represión de las pulsiones edípicas, el individuo, que de este modo conserva una predisposición a la neurosis, experimenta una sensación de fracaso por la frustración de su sexualidad infantil. La herida narcisística producida por este fracaso constituye una de las fuentes de los ulteriores sentimientos de inferioridad (585).

LAS VICISITUDES DEL SUPERYO

La identificación con los objetos del complejo de Edipo representa apenas un ejemplo de los numerosos casos de identificación que se produ-

cen en el curso de la vida, primero como precursores de toda relación de objeto y más tarde acopladas a otras relaciones de objeto y como sustitutos regresivos de las mismas (408). Estas otras identificaciones pueden influir sobre el superyó. Mientras que las primeras identificaciones constituyen una gran parte de la estructura del yo, algunas de ellas, que hemos descrito como etapas previas del superyó, surgen en oposición al resto del yo y asumen las funciones de observación, protección, crítica y castigo. En las identificaciones que se producen más adelante, representa una diferencia considerable que el objeto introyectado sea absorbido por el yo o se ponga de parte del superyó. Los ideales de una persona no son, por cierto, invariables, una vez que ésta ha entrado en el periodo de latencia. Constituye más bien un hecho característico del desarrollo normal el que los ideales y valores se hagan más independientes de los modelos infantiles cuando son abandonados los lazos libidinosos con la familia. Todos pasamos por la experiencia del destronamiento de los padres; las personas normales, de un modo más gradual, los neuróticos, más frecuentemente en forma repentina y con sentimientos de temor o de triunfo. Otras personas, que sirven de modelos, o bien ciertas ideas, pueden ser introyectadas en el superyó y modificar el contenido de éste. A menudo la adaptación al superyó de un objeto recién introyectado de esta índole, da lugar a complicaciones. Si las nuevas ideas no implican más que una variante nueva o una ligera modificación de ideales antiguos, la situación no es difícil. Pero algunas veces ciertas circunstancias externas o internas pueden crear "parásitos del superyó", que usurpan las funciones del superyó por un período variable de tiempo (603). Esto ocurre, por ejemplo, en la hipnosis (1235) o bajo la influencia de la sugestión colectiva (606). La base inconsciente de una depresión puede estar constituida por conflictos sumamente violentos entre un superyó ya establecido y los nuevos objetos introyectados.

La reproyección del superyó sobre personas externas se produce con frecuencia y en diferentes formas. Desde luego, ni el hecho de creer en "modelos ideales" ni cierto grado de "temor social" (necesidad de aprobación de parte de los demás y temor al rechazo) son necesariamente patológicos. Si diferentes personas toman al mismo objeto como representante de su superyó, este hecho las hace identificarse entre sí, cosa que constituye el mecanismo básico de la formación de grupos (606). La creencia en la autoridad en general, se debe siempre a la proyección de cualidades del superyó (651). Otras formas de reproyección del superyó son patológicas. Así, por ejemplo, las reproyecciones que tienen lugar en el curso de la lucha que lleva a cabo el yo contra el superyó para extirpar sentimientos de culpa.

En las personas normales el funcionamiento automático y estricto de un superyó rígido es reemplazado más tarde, hasta cierto punto, por un juicio razonable sobre los resultados reales de los actos que el individuo se propone realizar.

EL PERIODO DE LATENCIA

Primeramente, la influencia del superyó se manifiesta típicamente, después de la resolución del complejo de Edipo (612), como una interrupción o una disminución de las actividades masturbatorias y de los intereses de carácter instintivo en general. Tienen lugar los cambios de los instintos parciales por la inhibición de sus fines, sublimaciones de diversa índole, y a menudo formaciones reactivas. La consolidación del carácter de la persona, es decir, su manera habitual de manejar las exigencias externas e internas, se produce durante este período (63, 555, 800).

LA PUBERTAD

El relativo equilibrio del período de latencia se prolonga hasta la pubertad. En ese momento se produce una intensificación biológica de los impulsos sexuales. El yo, que se ha desarrollado entretanto, reacciona de una manera que ya no es la de antes y que depende, por otra parte, de la experiencia previa. Todos los fenómenos psíquicos característicos de la pubertad pueden ser considerados como tentativas de restablecer el equilibrio perturbado. La maduración normal se va efectuando de un modo tal que, una vez alcanzada la primacía genital, el yo acepta la sexualidad como un componente normal de su personalidad y aprende a adaptarse a ella.

Esto no es cosa sencilla en una sociedad en que imperan condiciones culturales como las nuestras. La tarea que se plantea en la pubertad, desde el punto de vista psicológico, es la adaptación de la personalidad a nuevas circunstancias, creadas por los cambios de orden físico. Pero esta tarea de adaptación sería menos difícil si las nuevas condiciones fueran efectivamente del todo nuevas. En realidad, son semejantes a las experiencias del período de la sexualidad infantil y a las del complejo de Edipo. Los conflictos de estos períodos, por eso, reaparecen también. Pero estos conflictos, en el interin, se han hecho más complicados. El equilibrio relativamente placentero del período de latencia ha dado carácter estable a ciertas actitudes hostiles a los instintos, las que pueden hacer aumentar ahora la ansiedad y la inestabilidad. Las exigencias instintivas mismas, durante el período de latencia, no han variado mucho, pero sí el yo. Éste ha creado normas definidas de reacción a las exigencias externas e internas. Cuando el yo entra en conflicto, en la adolescencia, con las pulsiones instintivas, la situación es diferente de lo que fue en la infancia. Afloran actitudes de carácter contradictorio. Simultáneamente, o en inmediata sucesión, se ven aparecer los impulsos heterosexuales genitales, formas de comportamiento sexual infantil de todo género y actitudes de ascetismo extremo, que no solamente intentan la eliminación de toda sexualidad, sino también de todo lo que sea placentero. El incremento en la intensidad de las exigencias genitales tiene una base fisiológica. El retorno de los impulsos sexuales

infantiles se debe en parte al hecho de que la primacía genital no se ha establecido aún en forma completa, y que la pubertad trae consigo un incremento de la sexualidad *total*. Pero, en parte, el retorno de los impulsos infantiles se debe al temor que siente el niño a las nuevas formas de sus pulsiones, lo que le hace regresar a las formas antiguas y familiares. El ascetismo de la pubertad es un signo de temor a la sexualidad y una defensa contra la misma. Un tipo análogo de conducta contradictoria caracteriza también la psicología de la pubertad en otros aspectos, que no pertenecen estrictamente a la esfera de lo sexual. Egoísmo y altruismo, mezquindad y generosidad, sociabilidad y soledad, alegría y tristeza, tonta jocosidad y seriedad excesiva, amores intensos y abandono súbito de estos amores, sumisión y rebelión, materialismo e idealismo, rudeza y tierna consideración, todo ello es típico de este período. El análisis puede descubrir el origen de estas contradicciones en los conflictos entre las pulsiones recientemente vigorizadas y las ansiedades o las tendencias defensivas. La existencia de estas tendencias defensivas no constituye una base suficiente para suponer que el yo es primariamente hostil a sus instintos o básicamente temeroso de ellos. Es cierto que hasta cierto punto toda experiencia emocional inesperada, especialmente si es intensa, puede tener un efecto atemorizador hasta el momento en que el yo se familiariza con el nuevo fenómeno y aprende a controlarlo. Esto es válido también para la primera polución o la primera menstruación. Pero habitualmente los temores suscitados por los nuevos fenómenos instintivos son mucho más intensos de lo que sería el temor a los incidentes iniciales en sí mismos. Durante el período de la sexualidad infantil, y especialmente en la época del sojuzgamiento del complejo de Edipo, el niño aprende a considerar los impulsos instintivos como peligrosos. En una sociedad que tratara de una manera diferente la sexualidad infantil, también la pubertad tomaría otro curso (1102).

De hecho, el desarrollo sexual, en la pubertad, parece reiniciarse exactamente en el mismo punto en que fue abandonado en el momento de la resolución del complejo de Edipo. Por regla general, antes de resolverse los vínculos de carácter incestuoso, se produce una intensificación de las pulsiones del complejo de Edipo. Los temores y las culpas vinculados al complejo de Edipo constituyen la causa primaria de que el yo, en la pubertad, sea a menudo muy hostil a los instintos y sienta un gran temor a los mismos. Si fuera posible liquidar finalmente el complejo de Edipo mediante relaciones sexuales satisfactorias con objetos no incestuosos, la adaptación sería más fácil. El hecho de que, en las actuales condiciones resulta difícil realizar tal cosa, conduce a la intensificación del complejo de Edipo, y con ello a la intensificación de las ansiedades sexuales (1278). La prolongada duración de la pubertad, es decir, el gasto de tanto tiempo y trabajo para restablecer el equilibrio psíquico y aceptar la sexualidad como parte de la vida, es un hecho decididamente condicionado por factores culturales (128). La "investigación comparada de la pubertad" en diferentes situaciones culturales y sociales, constituye un dominio que no ha hecho más que inaugurarse apenas.

Estos conflictos entre pulsiones y ansiedades son principalmente sentidos, en forma consciente, por los adolescentes de nuestra época, en forma de conflictos acerca de la masturbación. Más tarde o más temprano, las pulsiones genitales, incrementadas, encuentran su expresión en actividades masturbatorias. Únicamente cuando la represión de la masturbación infantil ha sido muy intensa, no es reiniciada en la pubertad. Temores y sentimientos de culpa que originariamente se hallaban vinculados a las fantasías edípicas concomitantes, son desplazados ahora a la actividad masturbatoria. Las personalidades adolescentes reaccionan de diversa manera a estos temores y sentimientos de culpa. O se colocan del lado de su impulso y tratan de combatir la ansiedad (o a sus padres, como representantes de la prohibición), o bien, más frecuentemente, se colocan del lado de la ansiedad y de los padres, y tratan de combatir las tentaciones instintivas y las tendencias rebeldes. A menudo hacen las dos cosas sucesivamente, y hasta en forma simultánea. Algunos adolescentes luchan contra su conciencia demostrándose a sí mismos que no son peores que otros. Se reúnen, sobre una base narcisística, para intercambiar relatos de tema sexual, o incluso para realizar actividades instintivas en común. Otros se retraen, ocultando enteramente su masturbación y sus anhelos, y se sienten excluidos y solitarios, incapaces de participar en las reuniones "sexuales" o las reuniones de "iniciados" de los demás. Las fijaciones al primer tipo de conducta están representadas por los que luego serán "caracteres impulsivos", las fijaciones al segundo tipo, por los que serán eritrofóbicos.

Probablemente es a causa de factores de orden social que los adolescentes prefieren frecuentemente las reuniones del mismo sexo. De esta manera eluden la excitante presencia del otro sexo y al mismo tiempo evitan estar solos. Con ello pueden hallar el reaseguramiento que buscan. Pero lo rechazado vuelve, y las amistades iniciadas con la esperanza de evitar las relaciones objetales sexuales asumen, de una manera más o menos evidente, un carácter sexual. Las experiencias homosexuales ocasionales entre adolescentes no deben ser consideradas patológicas mientras tengan el aspecto de fenómenos temporarios de adaptación y no desemboquen en fijaciones definitivas.

La frecuente preferencia por objetos homosexuales, a esta edad, puede deberse no solamente a la timidez con relación al sexo opuesto (o a la tradición cultural) sino también a la sostenida orientación narcisística de la mayor parte de las necesidades objetales en esta época.

Algunos tipos de reacción de la pubertad en la época moderna fueron estudiados por Anna Freud (541). Esta autora describió el ya mencionado tipo ascético, que refrena, junto con la sexualidad, todo lo que tenga carácter placentero. A menudo alternan períodos ascéticos con períodos de desenfrenada actividad instintiva. Los incrementados intereses de orden intelectual, científico y filosófico, de este período, representan intentos de dominar las pulsiones y las emociones conexas a las mismas. La ansiedad produce a menudo, en la pubertad, regresiones parciales. Esto explica las contradicciones en la conducta de los adolescentes hacia los objetos. A

esta edad muchas relaciones representan identificaciones más que auténtico amor, y en muchos aspectos los objetos son usados como meros instrumentos para el alivio de tensiones internas, o como buenos o malos ejemplos, o bien como prueba de las aptitudes propias o como reaseguramiento. La "rudeza" que algunas veces muestran los varones adolescentes a menudo se propone intimidar a los demás, con el objeto de superar la ansiedad propia. Los objetos son fácilmente abandonados cuando pierden su significado de reaseguramiento.

La pubertad es superada, es decir, la sexualidad es gradualmente incorporada a la personalidad, cuando es alcanzada la aptitud para un orgasmo completo. Las perturbaciones en esta esfera, que tienen su raíz en represiones previas, sirven de base a la neurosis. Las personas que temen el carácter definitivo de la edad adulta, es decir, el carácter definitivo de sus exigencias instintivas —que sienten que tendrán que aceptar cuando lleguen a ser adultos— se sienten molestas al verse crecer y prolongan la pubertad. Esta prolongación les resulta facilitada por diversos factores de orden cultural (128). Pueden en tal caso, al menos por cierto tiempo, gozar de la dependencia y de las ventajas de la juventud en la realidad, a la par que en la fantasía anticipan una futura grandeza e independencia, si bien no se atreven a poner a prueba el valor real de sus fantasías en el menor de los detalles.

En la literatura psicoanalítica es menos lo que se puede hallar sobre la evolución normal de la pubertad que sobre sexualidad infantil (excepciones: 76, 128, 129, 139, 183, 226, 255, 256, 541, 555, 643, 678, 800, 836, 888, 1118, 1255, 1624, 1626, 1627). Esto se explica porque la sexualidad es un fenómeno que fue descubierto por el psicoanálisis, en tanto que la pubertad había sido ampliamente estudiada con anterioridad. De ninguna manera es un período poco importante. Es verdad que la pubertad es una "repetición" del período sexual infantil y que sólo raramente se encuentran en la pubertad conflictos que no tengan sus precursores en la sexualidad infantil. Sin embargo, las experiencias de la pubertad pueden dar solución a los conflictos o desplazarlos hacia otra dirección, ya definitiva. Además, pueden imprimir forma nueva y definitiva a constelaciones antiguas y vacilantes. Muchos neuróticos producen una impresión de adolescencia. Son personas que no han logrado ponerse en buenos términos con su sexualidad. Continúan, por ello, con los patrones de conducta de la adolescencia, es decir, de una edad para la que se considera normal, habitualmente, el hecho de no haber logrado ponerse en tales "buenos términos" y de sentir la vida como un estado provisorio, mientras la "realidad plena" sigue aguardando en el plano de un indefinido futuro.

SEGUNDA PARTE

TEORIA PSICOANALITICA DE LAS NEUROSIS

A. NEUROSIS TRAUMATICAS

CAPÍTULO VII

NEUROSIS TRAUMATICAS

EL CONCEPTO DE TRAUMA

La función básica del aparato psíquico es la de restablecer la estabilidad, una vez que ésta ha sido perturbada por estímulos externos. Esto se logra primeramente mediante la descarga de la excitación provocada, y luego mediante la "ligazón" * de ésta y las combinaciones de "descarga y ligazón". Todas las veces que el objetivo de mantener un (relativo) equilibrio fracasa, se crea un estado de emergencia. La incidencia de una excitación demasiado intensa para una determinada unidad de tiempo, representa el caso más simple de emergencia de esa índole.

Pero esta calificación de "demasiado intensa" es relativa. Significa "más allá de la capacidad de control". Esta capacidad depende de factores constitucionales, así como de todas las experiencias previas del individuo. Hay estímulos de intensidad tan abrumadora que tienen un efecto traumático sobre cualquier persona. Otros estímulos, inocuos para la mayoría de las personas, son traumáticos para ciertas personas que tienen una propensión especial a ser arrolladas traumáticamente. Esta "debilidad" puede tener una raíz de carácter constitucional. Depende, además de la economía mental de la persona: para un niño, la desaparición de una persona querida puede constituir un trauma, porque las pulsiones libidinosas dirigidas hacia esa persona, habiendo perdido su fin, abruma al niño. El adulto está más expuesto a las experiencias traumáticas cuando se halla cansado, exhausto o enfermo. Otra diferencia importante es si, en el momento del trauma, son posibles o no las reacciones motrices. El bloqueo de la actividad motriz externa aumenta la probabilidad de un derrumbe, y una espera expectante es más peligrosa que una guerra activa. Pero el factor más importante está representado por las represiones previas. Resultan "débiles" aquellas personas cuya capacidad de "ligar" las excitaciones está íntegramente cubierta por el mantenimiento de las represiones anteriores. El concepto de trauma, por lo tanto, es relativo. Son factores de la economía mental, que dependen tanto de la constitución como de las experiencias previas y de las condiciones imperantes antes y durante el trauma, los que

* Véase nota de la pág. 53. (T.)

determinan cuál es el grado a que debe llegar la excitación para sobrepasar la capacidad del individuo.

Podría decirse que el yo ha sido creado para la finalidad de evitar los estados traumáticos. Su función de tamizar y organizar (descargar y ligar) las nuevas cantidades de excitación es facilitada por su capacidad de anticipar en la fantasía los hechos que pueden ocurrir, y prepararse de este modo para el futuro. Desde el punto de vista económico, esta preparación consiste en ir habilitando las cantidades de contracatexis necesarios para ligar las excitaciones a producirse. Los hechos que no han sido anticipados son experimentados de una manera más violenta que aquéllos para los cuales hubo una preparación previa. Es por esto que las probabilidades que tiene un incidente determinado de producir un efecto traumático se hallan en razón directa de su carácter de hecho imprevisto.

Cantidades de excitación no controlada, originadas ya sea en abrumadores acontecimientos repentinos o en una tensión crónica, crean sensaciones de tensión sumamente dolorosas y ponen en marcha intentos patológicos y arcaicos de controlar lo que no pudo ser controlado en la forma habitual. Se crea una especie de régimen de descarga de emergencia (1292), en parte como una función automática contra la voluntad del yo, y sin ninguna participación de éste, y en parte por las fuerzas remanentes (y las restauradas) del yo.

Los síntomas de las neurosis traumáticas son: a) bloqueo o disminución de diversas funciones del yo; b) accesos de emoción incontrolables, especialmente de ansiedad y frecuentemente de rabia, e incluso, ocasionalmente, ataques convulsivos; c) insomnio o perturbaciones graves en el dormir, con sueños típicos en los que el trauma es experimentado una y otra vez; también repeticiones, en horas del día, de la situación traumática, ya sea en conjunto o en parte, bajo la forma de fantasías, pensamientos o sensaciones; d) complicaciones psiconeuróticas secundarias.

BLOQUEO O DISMINUCION DE LAS FUNCIONES DEL YO

El bloqueo de las funciones del yo puede explicarse como la concentración de toda la energía psíquica disponible en una sola tarea: la estructuración de las contracatexis destinadas a controlar la abrumadora excitación invasora. La urgencia de esta tarea hace que todas las demás funciones del yo resulten relativamente sin importancia. Estas otras funciones tienen que ceder su respectiva energía a la tarea de emergencia, que domina completamente a la persona.

El bloqueo de algunas de las funciones, especialmente de las perceptivas y aperceptivas, actúa simultáneamente en el sentido de impedir el aflujo de nuevas excitaciones. La excitación que ya está actuando debe ser controlada antes de que puedan ser aceptados nuevos estímulos. El organismo crea diferentes formas de protección contra cantidades de estimulación demasiado grandes (*Reizschutz*) (605). La negativa a aceptar nue-

va estimulación constituye un recurso primitivo para el restablecimiento de esta protección, una vez que ha sido destruida por el trauma.

Entre las funciones que pueden ser debilitadas o bloqueadas —por haber perdido relativamente su importancia después del trauma— figura la sexualidad. El interés sexual de los neuróticos traumáticos decrece generalmente, y en los pacientes masculinos es muy frecuente la impotencia (340, 1616). Si bien este síntoma puede deberse, a menudo, a complicaciones psiconeuróticas, puede ser también un síntoma enteramente inespecífico. La energía sexual, como toda otra energía psíquica, es movilizadada al efecto de controlar la excitación invasora, y deja de estar a disposición de la sexualidad. Del mismo modo que el interés sexual disminuye generalmente en las personas enfermas, a causa de que éstas se hacen narcisistas, la energía sexual puede perder su carácter específico después de un trauma (340).

Toda clase de fenómenos regresivos, en la esfera de los instintos así como en la del yo, han sido descritos en las neurosis traumáticas. Se los debe considerar como el resultado de una pérdida general de diferenciación de las funciones superiores, una vez más en aras de la tarea que domina todo lo demás, el control "inespecífico". Esta "primitivización" puede servir, además, a otro propósito: las personas desvalidas tienden a regresar a los tiempos de su infancia, a causa de que en esa época fueron realmente ayudadas por los "omnipotentes" adultos. Los neuróticos traumáticos presentan, a veces, una especie de actitud ostensiva de desvalimiento y de dependencia pasiva, y manifiestan ciertos rasgos orales. Esto constituye una regresión al tipo de control pasivo-receptivo (más primitivo) del mundo externo, que sigue al fracaso de su intento de control activo. Esta reacción será más fuerte en las personas que se hallaban inclinadas a este tipo de control ya antes del trauma: limitadas desde un comienzo en sus aptitudes de tipo activo, caerán en un estado traumático más rápidamente que las personas que poseen un yo más activo.

El bloqueo del yo, representado por el desvanecimiento como respuesta a un trauma, constituye el más arcaico y primitivo de los "mecanismos de defensa". En el desvanecimiento, el organismo, arrollado por el efecto de estímulos demasiado intensos, se cierra al aflujo de nuevos estímulos. Los complicados mecanismos de defensa de las psiconeurosis pueden ser considerados como desvanecimientos parciales. En el desvanecimiento queda bloqueada toda percepción; en la represión, hay un bloqueo selectivo de determinadas percepciones.

ATAQUES EMOCIONALES

También en los diversos casos de ataque emocional, se trata de descargas de emergencia más arcaicas e involuntarias. Hasta cierto punto son enteramente inespecíficas. Después de sufrir un trauma, la persona puede mostrarse inquieta, hiperkinética, con tendencia a llorar o a gritar. Estas reacciones son, en parte, específicas y su carácter puede explicarse ya sea

por la situación motora y sensorial en el momento del trauma o por la historia pretraumática de la persona. El hecho de que la cualidad emocional de estos accesos es experimentada, la mayor parte de las veces, como ansiedad o rabia, es importante, y no deberá perderse de vista. El estudio del desarrollo de la ansiedad demuestra que todos los accesos (posteriores) de ansiedad son repetición de estados traumáticos de una época más temprana. A la situación objetiva de hallarse inundado de excitación incontrolada corresponde un sentimiento subjetivo de sentirse sumamente dolorido, y la cualidad de este dolor es muy similar a la ansiedad. Esto es producido en parte por la misma tensión interna incontrolada, y en parte por "descargas de emergencia" involuntarias, de carácter vegetativo (618). Las situaciones ulteriores de rabia tienen también su raíz en situaciones de frustración, es decir, en estados en que la urgente necesidad de descarga queda insatisfecha y las descargas accesibles son inadecuadas. La ansiedad y la rabia, en las neurosis traumáticas, representan, por lo tanto, descargas de excitaciones que fueron provocadas en la situación traumática, y que no pudieron ser descargadas en forma suficiente. Sin embargo, su carácter específico puede explicarse a veces por las emociones experimentadas (o provocadas, pero no sentidas), durante el trauma. En este sentido, los ataques emocionales corresponden a la categoría de "síntomas de repetición" de los neuróticos traumáticos de que trataremos luego.

El arcaico síndrome epiléptico tiene probablemente la función de un desahogo de emergencia en ciertos individuos constitucionalmente predispuestos (917).

PERTURBACIONES DEL DORMIR Y SINTOMAS DE REPETICION

El sueño presupone un estado de relajación. Un organismo inundado de excitación es incapaz de relajación. Es comprensible que, a causa de las cantidades de excitación no controlada, uno de los síntomas capitales en los neuróticos traumáticos sea el insomnio.

La repetición activa del trauma en los sueños, de efecto tan torturante para el paciente, representa para éste, sin embargo —desde el punto de vista económico— un alivio. El yo arcaico, antes de ser capaz de anticipar el futuro, controla el mundo externo mediante la repetición activa de aquello que antes fue experimentado en forma pasiva. Los sueños de repetición de los neuróticos traumáticos representan una regresión a esta forma primitiva de control. Experimentando una y otra vez todo aquello que le tocó pasar en el trauma, el control puede ser lentamente recuperado. Estas repeticiones traen consigo una tardía descarga, y ayudan, por consiguiente, a liberarse de las tensiones (605). Además, gracias a estos sueños es posible dormir, a pesar de la tensión interna.

Las repeticiones del trauma no se limitan a los sueños. Se producen también en el estado de vigilia. En parte son conscientes: el paciente no puede liberarse de la necesidad de pensar una y otra vez sobre lo ocurrido.

En parte son inconscientes: el paciente experimenta accesos, o bien realiza ciertos movimientos semejantes al tic, que en apariencia carecen de todo sentido, pero que en el análisis revelan ser una repetición de movimientos realizados en la situación traumática, o de movimientos que hubieran sido apropiados dentro de esa situación, pero que no fueron realizados. Puede suceder que los movimientos no encajen dentro de la situación traumática precipitante, sino dentro de una situación aún más antigua, olvidada, y que fue nuevamente reactivada por el trauma (1434).

Mientras la cavilación obsesiva sobre el trama representa un intento tardío de ligar la excitación invasora, la repetición activa de aquello que fue experimentado en forma pasiva —tal como los accesos de emoción y los movimientos de la misma índole— representan intentos tardíos de descarga. Si comparamos esta repetición activa con la reactivación de una actitud pasivo-receptiva, antes citada, se echa de ver cómo una misma finalidad puede ser perseguida por medios diametralmente opuestos.

Un trauma es una situación en la cual las formas habituales de adaptación de una persona han fracasado. La persona busca entonces formas de adaptación nuevas y mejores. Esta afirmación no difiere de lo que llevamos dicho hasta aquí. La adaptación es nada más que un complicado sistema de "ligazones" y de descargas primitivas. Cierta es que, cuando se usa el término adaptación, se quiere destacar un aspecto especial, y éste es el papel activo del yo. Dos cosas suceden, en realidad, cuando fracasan el yo y sus formas de adaptación: 1) el yo es arrollado, y más allá del yo, se producen síntomas que son experimentados pasivamente; 2) tan pronto como es posible, el yo trata de restablecer su control, llegando incluso al extremo de aplicar principios más arcaicos de control, y aún de recurrir a la regresión, si es necesario (922).

Dado que el yo ha surgido gradualmente como una diferenciación del ello, y que existen capas profundas del yo que se hallan todavía muy próximas al ello, no es fácil establecer si un determinado síntoma, en una neurosis traumática, se produce a causa de haber sido arrollado el yo, o porque éste intenta un tipo nuevo, arcaico e indiferenciado de control. La palabra adaptación hace resaltar el segundo punto de vista; el concepto de neurosis traumática, en realidad, incluye y justifica el primero: que no solamente se produce una "adaptación" del yo, sino que ha sucedido algo a lo cual el organismo no estaba "adaptado".

COMPLICACIONES PSICONEUROTICAS

No es posible describir las complicaciones psiconeuróticas que se producen en las neurosis traumáticas antes de haber estudiado detalladamente las psiconeurosis mismas. Después de ocuparnos de estas últimas, dedicaremos un capítulo especial a las neurosis que representan una combinación de elementos traumáticos y psicogenéticos a la vez (véase págs. 637 y sigs.). Para completar el cuadro de las neurosis traumáticas será necesario, sin embargo,

delinear ahora mismo ciertos rasgos psiconeuróticos que nunca faltan del todo en las neurosis traumáticas.

Hay en toda persona cierta cantidad de energías instintivas rechazadas, mantenidas, por obra de las fuerzas de defensa, al margen de toda descarga, y que procuran, a pesar de todo, abrirse paso. Mientras se mantiene cierto equilibrio entre los impulsos reprimidos que pujan por una descarga y las fuerzas defensivas que se oponen a la descarga, la persona puede sufrir cierto empobrecimiento de la personalidad, pero en todo lo demás se mantiene relativamente bien. Pero toda perturbación de este equilibrio acarrea el peligro de una irrupción de los impulsos reprimidos, y la necesidad de crear nuevos y mejores métodos de defensa; en otras palabras, el peligro de una neurosis (431). Las experiencias precipitantes de una neurosis representan siempre una alteración del relativo equilibrio primitivo entre impulsos rechazados y fuerzas rechazantes.

Freud señaló que en la etiología de la neurosis la causa precipitante y la predisposición neurótica (es decir, la constitución más las experiencias infantiles) son complementarias. Un individuo que, a consecuencia de su constitución y su fijación infantil, tiene predisposición a la neurosis, reaccionará incluso a una dificultad pequeña con una reactivación de los conflictos infantiles, y por consiguiente, con una neurosis. Un individuo menos predisuesto puede hacer también una neurosis, siempre que sus experiencias alcancen a ser bastante graves para ello. Desde el punto de vista etiológico, los casos forman una serie: en un extremo de ésta están los casos en que el factor precipitante efectivo carece prácticamente de importancia, y en el otro extremo los casos en que el factor precipitante específico desempeña un papel predominante (596).

No hay duda de que cierto porcentaje de las neurosis que se describen como traumáticas son, en realidad, psiconeurosis que fueron precipitadas por un accidente. Esto puede ser corroborado por la grotesca desproporción que a veces existe entre la relativa insignificancia del "trauma" y la neurosis bastante grave que se supone haber sido precipitada por el mismo. Cuanto más intensas son las represiones previas y más inestable el equilibrio en los conflictos defensivos, más rápidamente sucederá que una determinada experiencia tenga carácter traumático. Todo individuo tiene un "umbral de ruptura". Pero la facilidad con que puede ser alcanzado ese umbral varía grandemente de una persona a otra.

En las personas con disposición neurótica no existe solamente un empobrecimiento cuantitativo del yo, que permite que los estímulos provoquen situaciones traumáticas. Hay también una sensibilización cualitativa en ciertos puntos de existencia de "complejos". Las experiencias producidas en el ámbito de los complejos tienden a producir efectos traumáticos. (Esto se verá con más claridad cuando nos ocupemos de las psiconeurosis.)

Sería una tarea de la mayor importancia para la psiquiatría aplicada a las tareas del reclutamiento, el descubrir las personalidades para las cuales la situación militar por sí sola constituye un "punto de complejo" de esta índole. Las ideas referentes al hecho de "pertenecer a una gran unidad", así como la provisión asegurada de alimento

y techo, la limitación de la responsabilidad personal y un ambiente del que queda excluido casi en absoluto el otro sexo, tienen cierta significación, por supuesto, para todos. Lo que varía enormemente es el carácter específico de esta significación. A menudo la situación militar implica cierto grado de "infantilización" mental: el ejército y los superiores jerárquicos asumen el papel de los padres, como sinónimos de refugio y de amenaza a la vez. Algunas personas pueden aceptar esto sin mayor conflicto, y aun encontrar en ello una ayuda. Pero otros, para quienes la infantilización representa una reactivación de los conflictos infantiles, pueden resultar sensibilizados y debilitados en su capacidad de resistencia. Y están también los que, de acuerdo con sus experiencias de la infancia, se sienten fortalecidos y debilitados simultánea o sucesivamente, o se sienten más protegidos en circunstancias y menos protegidos en otras. Así, por ejemplo, más protegidos mientras no hay combate, y menos en el combate, o viceversa; o más protegidos en la victoria, y menos en la derrota. Simmel explicó la actitud típica del soldado como una expectación de protección parental. Esta expectación puede ceder su lugar a un repentino y grave desengaño (1434).

Los traumas graves que trastornan toda la economía de la energía psíquica trastornan también, necesariamente, el equilibrio entre impulsos reprimidos y fuerzas represoras. El primer tipo de perturbación de esta índole es de carácter general e inespecífico. Todas las funciones psíquicas diferenciadas, incluso la sexualidad, pueden verse despojadas de sus catexis específicas, a los efectos del cumplimiento de la tarea primordial de procurar el control tardío de la excitación invasora. Esto es válido también para las catexis ligadas por los conflictos de la represión. Las catexis de las fuerzas defensivas pueden ser las primeras en ser movilizadas. Éste es el motivo general por el cual las fuerzas reprimidas hacen su reaparición a continuación de un trauma. El cuadro creado es, de este modo, el de una desintegración inespecífica de la personalidad, en la que predominan la abolición de las diferenciaciones y la regresión a una dependencia de carácter infantil.

De una manera más específica, la disposición neurótica latente puede ser movilizada por un trauma, ya sea: a) por un incremento de la ansiedad, que da lugar a la represión, o b) por un incremento de las fuerzas instintivas reprimidas.

Cuando una persona ha desarrollado cierta cantidad de angustia de castración, o de angustia de pérdida de amor, superándola luego gracias a ciertos reaseguramientos internos ("Esto no es tan malo, después de todo, y probablemente no hay tal castración verdadera, y no seré abandonado para siempre"), la incidencia de un trauma puede desbaratar estos reaseguramientos y reactivar las viejas angustias. Así, por ejemplo, las personas que hasta ese momento han negado sus temores mediante una regresión parcial a la seguridad del narcisismo y la omnipotencia primitivos, son obligadas por el trauma a admitir que, después de todo, no son omnipotentes, dando lugar así a la reaparición de las viejas angustias. Esto es especialmente válido para un tipo particular de angustia de pérdida de amor. Algunas personas tienen la aptitud de aferrarse a la creencia de que el destino los ha de proteger, así como fueron protegidos por los padres durante la infancia. Estas personas perciben el trauma como una traición del destino, que se

niega a seguir dispensándoles su protección. La idea atemorizante de haber perdido la protección de una persona poderosa, con cualidades de superyó, varía en intensidad según el grado de sumisión a una actitud pasiva-receptiva, alcanzada por el sujeto con antelación al trauma. Esta sumisión puede haber sido aguda, como es el caso del soldado o del marino en combate, o bien crónica, como en las personas cuya autoestima sigue dependiendo de un constante reaseguramiento de protección o de amor. Estas últimas no sólo se hallan especialmente inclinadas a sufrir neurosis traumáticas, sino que las neurosis traumáticas en este tipo de personas estarán más regidas por cuadros clínicos de depresión (1244).

Ya hemos dicho que el "stress" crónico puede tener el mismo efecto que un trauma. Existe un tipo especial de recargo crónico de tensión que tiene un resultado específico. Las frustraciones extremas, las que hacen que una persona se sienta realmente abandonada, y sienta que nadie ni nada cuida de él, precipitan en las personas adultas estados de apatía comparables a las "depresiones primarias" de los niños (véase pág. 516), o incluso comparables a la forma en que los niños pequeños hospitalizados, lejos del amor materno, quedan en cierto modo "sometidos".

El efecto de la angustia de castración resulta especialmente claro en los casos en que el trauma ha traído consigo un intenso peligro de daño físico. (Sin embargo, es bien conocido el hecho de que las neurosis traumáticas se producen más a menudo en los casos en que no ha habido verdaderas lesiones.) Hay un buen número de neurosis traumáticas postoperatorias en las que, por ejemplo, el paciente no había sido preparado mentalmente y la operación fue sentida, en consecuencia, como una castración. Esto ocurre con más frecuencia, en realidad, a continuación de operaciones genitourinarias que después de operaciones que interesan a otras partes del cuerpo (514).

El hecho de que el temor a la castración creado por la intervención quirúrgica aumente en proporción al efecto traumático que tiene la intervención, hace necesaria una preparación higiénica mental de los pacientes antes de la intervención. Los niños, especialmente, deben ser preparados mediante una dilucidación de lo que va a ocurrir, antes de ser operados, a objeto de evitar serios shocks.

El grado en que un trauma es sentido como una pérdida de protección de parte del destino o como una castración, depende, naturalmente, de la historia pretraumática del paciente. Tienen carácter decisivo, en esto, la intensidad de la predisposición inconsciente a crear angustias y la forma en que las personas han aprendido a enfrentarlas.

Lo más característico en la reacción a un trauma es el hecho de que inmediatamente se establecen, por vía de asociación, vinculaciones entre el trauma y los conflictos infantiles que han sido reactivados. Viejas amenazas y angustias de la infancia reaparecen súbitamente y asumen un carácter de gravedad. El trauma puede ser sentido como una mera repetición de otros traumas más antiguos de la infancia. Ya hemos señalado que algunas veces

los síntomas de los ataques en las neurosis traumáticas pueden revelar un origen que no corresponde a la situación física de la situación traumática real sino a una situación física correspondiente a algún hecho olvidado de la infancia. El "trauma" puede tener enteramente una función de encubrimiento (686).

Staudacher estudió un caso de neurosis de guerra precipitado por la explosión de una granada, en el que la reacción del paciente estaba determinada, en todos sus detalles, por una experiencia infantil que tuvo lugar a la edad de tres años (1472).

En cuanto se refiere a la acentuación de los impulsos reprimidos, no parece probable que un trauma grave sea sentido también como una especie de tentación. Es cierto que, en general, un trauma es atemorizante y no acarrea ninguna satisfacción instintiva ni una tentación. Pero hay, de hecho, personas cuyo instinto sexual ha sufrido una deformación sado-masoquística, y que tienen un enorme interés (consciente o inconsciente) en toda clase de acontecimientos peligrosos, extraordinarios, crueles y sensoriales. Cuanto más haya sido reprimido un interés de esta índole, más probable será que el trauma produzca la sensación de que "ahora mis fantasías sexuales, finalmente, se convierten en realidad". En este sentido, el trauma puede ser percibido como una tentación sado-masoquista. Lo más probable, sin embargo, es que se percibe como una mezcla de tentación y castigo: "Lo que he deseado está sucediendo ahora, y está sucediendo en una forma terrible, de modo que voy a ser castigado por haberlo deseado". El trauma puede representar el derrumbe de una actitud contrafóbica.

Una tercera forma de reactivación de conflictos latentes por acción de un trauma consiste en provocar el despertar de viejos conflictos entre el yo y el superyó. Aun sin habernos ocupado todavía de la naturaleza de estos conflictos, será fácil comprender que en el momento de experimentar un trauma, lo que el yo siente puede ser no solamente esto: "el destino, sucesor de mis padres, me está abandonando y castrando", sino también esto otro: "y me lo tengo merecido, porque soy culpable". Esta actitud, que repite en el plano interno conflictos que originariamente existieron entre el mundo externo y el yo, hace que ciertas neurosis traumáticas se transformen en una aflicción de índole narcisista.

Todos los psiquiatras militares conocen las características depresivas de las neurosis traumáticas de aquellos soldados cuyo camarada fue muerto mientras ellos se salvaron. Esto no significa necesariamente que hayan tenido sentimientos especialmente ambivalentes hacia el camarada perdido. Lo que motiva su sentimiento de culpa es más bien la esperanza que habían abrigado de que si "el número de alguien es dado de baja", será el de algún compañero y no el propio.

Al ocuparse de las neurosis de guerra, Freud llamó la atención sobre un hecho que complica el papel desempeñado por el superyó en las neurosis traumáticas (603): el representante intrapsíquico del destino puede estar constituido no solamente por el auténtico superyó, adquirido durante la

infancia, sino incluir también identificaciones posteriores y más superficiales con otras autoridades de diversa índole. Estas identificaciones superficiales y pasajeras pueden ser de gran influencia y entrar en conflicto con el superyó auténtico. Freud habló de estas formaciones como "dobles parasitarios del superyó", que pueden usurpar, por ciertos períodos, el poder del superyó. Rado ha demostrado que la representación intrapsíquica de un hipnotizador puede ser considerada como un superyó parasitario. (Es, incluso, un "doble parasitario del yo") (1234). Freud dijo que las condiciones de guerra pueden crear un "superyó de guerra" de esta índole, que no sólo permite la expresión de impulsos que en otra forma estarían prohibidos, sino que incluso plantea exigencias que son tentadoras para el yo porque el superyó auténtico de éste nunca permitió la realización efectiva de tales impulsos. De acuerdo con Freud, en muchas neurosis de guerra es dado encontrar un "yo de paz", que surge con función de defensa contra un "superyó de guerra" (603).

El hecho de que el aflujo inesperado de estimulación tenga o no un efecto traumático depende de la personalidad sobre la cual incide el suceso en cuestión. Esto se refiere tanto a la situación real en el momento del trauma como a la historia infantil en su conjunto. Por cuanto a la situación actual se refiere, tiene carácter decisivo, ante todo, el grado de preparación para el acontecimiento: a mayor preparación, menos probabilidad de trauma. Las neurosis traumáticas son más intensas cuando el trauma incide sobre un yo exhausto por un "stress" largamente soportado (suponiendo que el "stress" no haya sido una especie de "expectación" del suceso, ya que en este caso habría sido una circunstancia favorable (1244).

En cuanto a la estructura específica de la personalidad en el momento del trauma, Simmel y Rado señalaron que no es sólo un "superyó de guerra" lo que en los soldados aumenta los peligros de un "colapso neurótico". Toda la situación de guerra se caracteriza psicológicamente por dos rasgos contradictorios: por un lado, exige actos que representan desahogos instintivos prohibidos hasta ese momento, pero por otro lado libera de responsabilidad a la personalidad y provoca una cierta restitución de las viejas formas de control receptivo-oral del mundo externo. La responsabilidad y el poder pertenecen al oficial de mando, a quien se atribuye también el deber y la capacidad de otorgar la suficiente protección. El desempeño es tanto mayor cuando fracasa esta expectación (1244, 1434).

No sólo son diferentes las órdenes y prohibiciones del superyó en tiempos de guerra comparadas con las que rigen en tiempos de paz, sino que la "infantilización" que se produce en la situación militar implica que muchas de las funciones del superyó sean re-proyectadas sobre los superiores. Si los superiores dejan de cumplir su función de protectores y dispensadores de recompensas, ha ocurrido lo peor, ya que el soldado ya no está habituado a actuar como su propio superyó. El odio que entonces es movilizado contra el sustituto paterno "que no protege" puede ser condenado por el superyó aún existente, y crear en esa forma sentimientos de culpa y nuevos y graves conflictos.

La historia infantil es lo que decide el grado de estabilidad de la personalidad, es decir, la cantidad de conflictos latentes listos para ser movilizados. En términos generales: a mayor represión, menos energías libres, disponibles para el control de nuevas excitaciones, y mayor predisposición para los efectos traumáticos. El hecho de que el desarrollo de una neurosis traumática depende de la historia infantil justifica los intentos de excluir de las fuerzas armadas las víctimas potenciales de neurosis traumáticas.

El hecho de que la personalidad pretraumática se refleja en la neurosis traumática se delata en la multiplicidad de los cuadros clínicos, así como también en la diferencia que se observa en los cuadros clínicos correspondientes a diferentes culturas y épocas, análogamente a las diferencias observables en los cuadros clínicos de los psiconeuróticos de culturas y épocas diferentes.

En los informes correspondientes a la segunda guerra mundial, el número de episodios esquizofrénicos y esquizoides de corta duración y de curación espontánea, resulta mucho mayor que en la primera guerra mundial. Cuando la realidad se hace insoportable, el paciente se aparta de la realidad. Pero queda suficiente atención pre-consciente como para restablecer el contacto con la realidad tan pronto como ésta se hace nuevamente soportable. Es posible que el predominio reciente de mecanismos psicóticos en los neuróticos traumáticos esté en correspondencia con el predominio de los "trastornos del carácter" en los psiconeuróticos.

BENEFICIOS SECUNDARIOS

En los neuróticos traumáticos los *beneficios secundarios* desempeñan un papel aún más importante que en los psiconeuróticos. Consisten en ciertos usos que el paciente puede hacer de su enfermedad, que nada tienen que ver con el origen de la neurosis, pero que pueden alcanzar la más grande importancia práctica. Los síntomas pueden adquirir secundariamente el significado de una demostración de la propia situación de desvalimiento, a objeto de asegurarse una ayuda externa semejante a la que se tuvo durante la infancia. El problema acerca de la manera de combatir o de prevenir los beneficios secundarios se convierte, a menudo, en el problema principal del tratamiento. En los casos en que la neurosis ha sido precipitada por un incidente relativamente pequeño, este incidente es colocado a menudo en primer plano por el paciente, con lo que éste logra reprimir nuevamente los conflictos mentales movilizados por el mismo. El hecho de lograr una compensación monetaria o de estar luchando por conseguirla, crea una atmósfera pobre para la psicoterapia, y más aún si tal compensación no reporta tan sólo una ventaja racional, sino que ha adquirido al mismo tiempo el significado inconsciente de amor y de seguridad protectora. Así y todo, quien tenga una comprensión psicoanalítica de los procesos neuróticos no llegará al extremo de equiparar la neurosis a la simulación, y no rechazará en forma indiscriminada la compensación. Es posible que no exista, en rigor, una solución básica para el problema de la conducta a seguir en este asunto

de las compensaciones, que pueda servir para todos los casos. La mejor solución quizá sea la de conceder una sola compensación y a su debido tiempo.

Dado que la evolución y el carácter especial de la sintomatología de las neurosis traumáticas depende en gran parte de las "complicaciones psiconeuróticas" implicadas, muchos de los problemas correspondientes serán más fáciles de abordar luego del estudio de las psiconeurosis.

EL PSICOANÁLISIS EN LA TERAPIA DE LAS NEUROSI TRAUMÁTICAS

Encontramos, en las neurosis traumáticas, dos grupos, al parecer realmente contradictorios entre sí, de intentos espontáneos de recuperación: a) intentos de procurar alejamiento y descanso, de reunir energías, por decir así, para la tarea del control tardío: la detención o disminución de las funciones del yo y la anulación de las diferenciaciones, la retirada en procura de un nuevo punto de partida para la reconstrucción del equilibrio roto; b) intentos de descarga tardía: fenómenos motores, accesos emocionales, fenómenos de repetición. Al primer grupo de intentos podría llamarse "método del apaciguamiento"; al segundo, "método tempestuoso". Los dos tienden a un mismo fin: el control tardío.

La terapia puede, y debería, imitar ambos métodos. Por un lado, el terapeuta puede ofrecer al paciente descanso, reaseguramiento, la satisfacción de los deseos de pasividad y dependencia, sugerencias en el sentido de tomar las cosas con calma. Por otro lado, puede procurar catarsis, oportunidades de descarga "tempestuosa" y de volver a experimentar repetidas veces el trauma, y la verbalización y dilucidación de los conflictos implicados. El segundo método, donde es factible de aplicar, proporciona una ayuda más directa. El primero resulta necesario allí donde el yo se halla muy atemorizado, cuando una elaboración analítica * del suceso traumático es todavía insoportable y aún tendría mucho de repetición del carácter traumático del suceso. El objetivo de la terapia, en las neurosis traumáticas, consiste, al parecer, en encontrar el tipo de combinación de ambos métodos que resulte apropiado para cada caso. El objetivo principal de la terapia consiste en determinar correctamente la proporción respectiva de catarsis y reaseguramiento, quedando relegada a segundo plano la elección de uno u otro método para lograr la catarsis y el reaseguramiento. Si bien resulta preferible, en general, estimular al paciente a hablar lo más posible sobre el trauma y a relatar sus experiencias una y otra vez, algunos pacientes necesitan descanso y un mayor distanciamiento con respecto a las experiencias traumáticas antes de hallarse en condiciones de abreacción.

* Aun cuando *working through* constituye (como el equivalente alemán *durcharbeiten*), una expresión de carácter general, tiene, en el lenguaje psicoanalítico, un sentido específico y delimitado. En vez de *elaboración* a secas hemos preferido *elaboración analítica*, por la razón expuesta y porque la segunda palabra, además, nos aproxima más al *working through* y al *durcharbeiten*, cuyo sentido literal es elaboración (o manipulación) detallada, circunstanciada, total o exhaustiva. (T.)

Cuanto más haya avanzado una neurosis traumática en el sentido de crear psiconeurosis traumáticas, más necesidad habrá de otras medidas terapéuticas. Éstos son los casos que requieren el psicoanálisis, cuyo pronóstico dependerá de la naturaleza de las psiconeurosis inducidas. Los casos en los cuales la alteración "traumática" representa una reacción histórica, responden al psicoanálisis en la misma medida que la histeria. Frecuentemente, como ya dijimos, es evidente la superposición de marcados elementos narcisísticos, lo que hace que el pronóstico del psicoanálisis resulte más dudoso.

Kardiner ha descrito casos en que la neurosis traumática, en vez de mostrar una tendencia a la curación espontánea, tendía a crear defectos duraderos en la personalidad (922). En estos casos, el bloqueo o la disminución de las funciones del yo, hecho característico en toda neurosis traumática, creaban un decrecimiento persistente en la percepción, el juicio y el interés por el mundo externo, una inclinación a retraerse de todo contacto con la realidad, en relación, probablemente, con un temor a la repetición del trauma. El cuadro resultante es el de una personalidad muy restringida, viviendo una vida sencilla, de nivel bajo, comparable a ciertos psicóticos o a personalidades que han superado una psicosis, pero con escasas en el yo. Varios casos han sido descritos de este tipo irreparable de enfermedad (1149). Esta evolución desfavorable se debe probablemente a complicaciones de carácter constitucional, o a complicaciones psiconeuróticas, de índole narcisística. Por esta razón, en estos casos, también el psicoanálisis puede resultar dificultoso. Está indicado el tratamiento precoz, antes de que las alteraciones creadas por el trauma arraiguen demasiado profundamente en la personalidad.

Las neurosis traumáticas ofrecen una oportunidad única sin igual para el estudio del hecho de que el yo es un aparato desarrollado con el objeto de superar traumas pasados y evitar traumas futuros. Las neurosis traumáticas representan una insuficiencia de esta función básica del yo.

B. LAS PSICONEUROSIS. EL CONFLICTO NEUROTICO

CAPÍTULO VIII

LOS MOTIVOS DE LA DEFENSA

¿QUE ES UN CONFLICTO NEUROTICO?

La base de las psiconeurosis es el conflicto neurótico. El conflicto da por resultado el bloqueo de las descargas necesarias y crea de esta manera un estado de estancamiento. Este estado da origen, gradualmente, a una relativa insuficiencia en la aptitud del yo para controlar la excitación. Es necesario considerar relativamente los factores precipitantes de las psiconeurosis como traumas. Estímulos que, a no mediar el estado de estancamiento, habrían sido controlados sin dificultad, crean ahora una relativa insuficiencia.

Por definición, el conflicto neurótico se desarrolla entre una tendencia que pugna por hallar descarga y otra tendencia que trata de evitar esa descarga. La intensidad de la tendencia hacia la descarga depende, ya dijimos, no solamente de la naturaleza del estímulo, sino también, y más aún, del estado físico-químico del organismo. En general, es lícito equiparar las tendencias que pugnan por una descarga, con pulsiones (“impulsos instintivos”). La “tamización” de las pulsiones, es decir, la decisión acerca de si ha de ser permitida o no su descarga, ha sido definida como una función del yo. La fórmula general, por lo tanto, sería la siguiente: *el conflicto neurótico tiene lugar entre pulsiones, es decir, entre el ello y el yo* (608, 611).

¿SON POSIBLES LOS CONFLICTOS NEUROTICOS ENTRE INSTINTOS OPUESTOS

¿Tiene validez esta fórmula para todos los conflictos neuróticos? ¿O puede concebirse que un conflicto neurótico tenga lugar entre dos exigencias instintivas de fin contradictorio? Algunos hechos clínicos parecen probar, por ejemplo, que la homosexualidad puede reprimir impulsos heterosexuales o que el sadismo puede reprimir el masoquismo (42, 601).

Sin embargo, si se investiga la historia de los conflictos de este tipo,

se encuentra, por lo general, que el conflicto aparente entre instintos sólo encubre o representa otro conflicto entre un instinto indeseable y algún temor o sentimiento de culpa que se encarga de objetarlo. Esta fuerza que hace la objeción al instinto ha logrado aumentar la intensidad de alguna otra pulsión —cuyo fin era opuesto al de aquella pulsión censurable— porque este aumento ha sido útil para el fortalecimiento de la defensa deseada. Un conflicto instintivo que sirve de base a una neurosis es también, en todos los casos, un conflicto estructural. Uno de los instintos en conflicto representa al yo, es decir, es apoyado por una defensa del yo, o fortalecido para servir a la defensa del yo. A pesar de ser un instinto, actúa como una defensa contra otro instinto más profundamente reprimido. Los conceptos de “instinto” y “defensa” son relativos. Uno y otro se interpenetran siempre. Las formaciones reactivas, especialmente, hacen uso del procedimiento de fortalecer instintos de fines opuestos. Sin este fortalecimiento de las defensas del yo, los instintos de fin contradictorio entre sí no estarían en conflicto. En la esfera del ello no existe concepto de la contradicción, no existe el orden lógico. Instintos de fin contradictorio pueden ser satisfechos uno tras otro, y a veces, incluso simultáneamente, por uno y el mismo derivado. Freud planteó la cuestión acerca de por qué ciertas personas sienten los instintos contradictorios como opuestos en forma de conflictos y son perturbados por ello, mientras que otras no sienten de ningún modo tal conflicto (629). La respuesta es que esto depende de si la contradicción existente entre los fines instintivos implica o no, al mismo tiempo, un conflicto estructural (433, 438).

En última instancia, la ansiedad y los sentimientos de culpa que dan lugar a conflictos estructurales expresan también exigencias instintivas, a saber, exigencias de instinto de autoconservación o de un instinto de conservación del amor materno.

Para resumir: El hecho de que existen conflictos entre los instintos no obliga a introducir cambio alguno en la fórmula ya conocida: el conflicto neurótico tiene lugar entre el ello y el yo.

EL MUNDO EXTERNO EN LOS CONFLICTOS NEUROTICOS

Los motivos de la defensa tienen su razón de ser en influencias externas. Pero el mundo externo como tal no puede reprimir. Sólo puede obligar al yo a crear las fuerzas represoras. Sin el auxilio de una instancia intrapsíquica que representa y anticipa el mundo externo, no podrían surgir ni la defensa ni la neurosis. Es necesario que previamente un conflicto originario entre el ello y el mundo externo sea transformado en un conflicto entre el ello y el yo, para que pueda producirse un conflicto neurótico.

El mundo externo no puede rechazar impulsos si no es a través del yo. Pero las percepciones externas pueden ser rechazadas, quizá, con lo

que podrían tomar parte en un conflicto neurótico. Al ocuparnos de las neurosis traumáticas quedó demostrado, por el fenómeno del desmayo y el bloqueo de percepciones ulteriores, que el mundo externo (las percepciones) puede ser rechazado. En las psiconeurosis ocurre un fenómeno similar: hay alucinaciones negativas, que representan el rechazo de cierta porción del mundo externo. Existe el olvido o la mala interpretación de sucesos externos a objeto de lograr la satisfacción de un deseo; hay toda clase de errores en una "prueba por la realidad", que se producen bajo la presión de derivados de deseos o temores inconscientes. Siempre que un estímulo hace surgir sensaciones dolorosas, se produce una tendencia no sólo a rechazar las sensaciones, sino también el estímulo.

Sin embargo, ninguna de estas falsificaciones neuróticas de la realidad puede ser distinguida exactamente de las represiones dirigidas contra los impulsos propios. Se rechaza el mundo externo como una fuente posible de castigo o una fuente posible de tentación de impulsos inconscientes censurables. Se evitan o se olvidan las situaciones porque representan una exigencia instintiva interna.

Una vez más, el conflicto entre el yo y el mundo externo refleja un conflicto entre el yo y el ello.

Algunas veces se rechaza una porción del mundo externo, no para evitar la reactivación de un instinto, sino para negar la idea de que el acto instintivo puede ser peligroso o producir dolor; vale decir que lo rechazado puede ser el carácter prohibitivo del mundo externo. En general no se puede llevar lejos este tipo de negación en las neurosis, porque la función de examen de la realidad, que ejerce el yo, se opone a una falsificación demasiado evidente (541).

Freud expuso cierta vez la opinión de que aquí podría encerrarse la diferencia básica entre neurosis y psicosis. Ambas perturbaciones se basan en un conflicto entre un impulso instintivo y el temor de un posible dolor vinculado al mismo: el neurótico reprime el instinto y obedece de este modo al amenazante mundo externo; el psicótico niega el mundo externo y obedece a su apremiante instinto (611). Pero esta contraposición es de una validez tan sólo relativa (614). En primer lugar, las falsificaciones de tipo optativo se producen en todas las neurosis. Freud las estudió especialmente en el fetichismo (621), y más tarde demostró que a menudo personas que conscientemente conocen muy bien una cosa, actúan ciertamente como si no la conocieran o no la creyeran. El yo de estas personas está realmente desdoblado en una parte consciente que conoce la realidad, y otra inconsciente que niega la realidad. Un desdoblamiento como éste se manifiesta a menudo en los *lapsus linguae* y los errores (633, 635). En segundo lugar, no hay duda de que los psicóticos que falsifican la realidad no siempre lo hacen meramente en términos de realización de lo deseado. Muy a menudo lo hacen para huir de una tentación instintiva, o para defenderse contra los instintos, exactamente como los neuróticos, sólo que aplican otros mecanismos y regresiones más profundas (cfr. 663).

Para resumir: existen actitudes contra las percepciones dolorosas, tal como existen defensas contra todo dolor. Pero en las psiconeurosis que se basan en el bloqueo de la descarga, las defensas contra los impulsos instintivos permanecen en primer plano. Las defensas contra las percepciones (y contra los afectos) parecen ser llevadas a cabo en primer lugar, y en su mayor parte, al servicio de las defensas contra los instintos. Una vez más: el conflicto neurótico tiene lugar entre el yo y el ello.

EL SUPERYO EN LOS CONFLICTOS NEUROTICOS

El superyó, por supuesto, complica un tanto este cuadro. El conflicto *yo vs. ello*, podría expresarse más correctamente, tratándose de algunas neurosis, como *yo + superyó vs. ello*, y en otros casos, como *yo vs. ello + superyó*.

Una vez instaurado el yo, de él depende en gran medida la decisión acerca de cuáles serán las descargas permitidas y cuáles las prohibidas. El yo rechazante actúa bajo las órdenes del superyó, y todas las veces que lo que motiva la defensa no es simplemente la angustia sino que se trata de sentimientos de culpa, es válida la fórmula *yo + superyó vs. ello*.

En muchas neurosis, por otra parte (especialmente en las neurosis obsesivas, y en grado extremo, en las depresiones), el yo se defiende contra los sentimientos de culpa. Todos los mecanismos de defensa empleados habitualmente en la lucha contra los instintos pueden terminar también por ser dirigidos contra los "anti-instintos" provenientes del superyó. Y los sentimientos de culpa rechazados pueden, a su vez, irrumpir a través de estas defensas en una forma disfrazada, del mismo modo en que lo hacen los instintos: *yo vs. ello + superyó*.

Podemos, una vez más, resumir de este modo: El superyó puede colocarse en favor de cualquiera de las dos partes del conflicto neurótico, pero la conocida formulación sigue siendo válida: el conflicto neurótico tiene lugar entre el yo y el ello.

LA ANGUSTIA COMO MOTIVO DE DEFENSA

Recapitemos lo que hasta aquí llevamos dicho sobre las motivaciones de los conflictos neuróticos (véase págs. 69 y sig.). El bebé, incapaz de procurar su satisfacción por sus propios esfuerzos, necesariamente es víctima, a menudo, de situaciones traumáticas, de las cuales surge por primera vez la idea de que los instintos pueden ser peligrosos. Vienen luego experiencias más específicas que demuestran que los actos instintivos pueden realmente ser peligrosos, y esta interpretación puede tener un fundamento válido, así como puede estar erróneamente basada en una interpretación animista. El yo se vuelve contra los instintos porque, juz-

gando correctamente o no, los cree peligrosos. De esta manera, el problema de la angustia es la esencia de toda psicología de los conflictos neuróticos (618).

La angustia primaria, o las primeras experiencias de las cuales surge luego la angustia ulterior, es la manifestación de una tensión no dominada. Es un fenómeno automático que se produce todas las veces que el organismo se ve inundado de excitación; los síntomas de la neurosis traumática demuestran que no es exclusivo de la infancia. Esta angustia primaria o traumática se produce automáticamente, hace su aparición en forma de pánico y es experimentada por el yo en forma pasiva. Puede ser interpretada, en parte, como la forma en que se hace sentir la tensión no dominada, y en parte como la expresión de descargas vegetativas de emergencia.

Más tarde el yo aprende a usar para sus fines las que antes fueron reacciones automáticas arcaicas. El juicio del yo acerca de la existencia de un peligro inminente, coloca al organismo en un estado similar al de un trauma, pero de menor intensidad. La angustia "amansada", así creada por el yo en situación de peligro, puede ser considerada como una señal de angustia, ya que es usada para indicar la necesidad de iniciar una actitud defensiva (618). El componente de la angustia que es adecuado a las situaciones peligrosas como preparación de la defensa, surge del hecho de que es el yo el que utiliza la angustia. Lo que es inadecuado —el hecho de que la angustia, a veces, bloquea la actitud pertinente—, se debe a la circunstancia de que el yo no tiene a mano otra cosa que un arcaico mecanismo automático.

Toda angustia es así, en última instancia, un temor de sufrir un estado traumático, un temor a la posibilidad de que la organización del yo sea arrollada por la excitación. Pero una vez que el yo se ha desarrollado lo bastante como para controlar los actos involuntarios y procurarse gratificaciones, los impulsos instintivos ya no deberían resultar atemorizantes. Si lo son aún, ello se debe al hecho de que los temores de pérdida de amor y de castración han inducido al yo a bloquear el curso normal de sus excitaciones y a crear con ello una insuficiencia en la descarga (431).

Algunas veces, como ya dijimos, el yo fracasa en su capacidad de "amansar" la angustia. El juicio dirigido a prevenir el estado traumático puede, de hecho, conducir a él. Esto sucede en los ataques de angustia de la histeria de angustia, pero también se produce en las personas normales cuando reaccionan al peligro con un pánico paralizante. La intención del yo, de dar una señal de angustia, fracasa cuando la persona en quien esto ocurre se halla, a causa de represiones anteriores, en un estado de estancamiento. La leve angustia agravada por el juicio de existencia de un peligro actúa como un fósforo encendido en un barril de pólvora.

De entre un grupo de personas expuestas a un mismo peligro real, es más probable que reaccionen con pánico aquellas que carecen de oportunidad de dominar su tensión de ninguna otra manera. Esta oportunidad puede estar bloqueada por circuns-

tancias externas. Es más fácil dominar la angustia cuando se está por realizar una determinada tarea, o cuando se pueden realizar ciertos movimientos, que cuando se está obligado a esperar en reposo. O bien puede ser bloqueada por circunstancias internas, por un estado de "disposición para la angustia", debida ya sea a un estado previo de tensión forzada* o a represiones previas. Esto es válido también para los niños, cuyas reacciones dependen, además, de las reacciones de los adultos que los rodean (541).

Esta triple estratificación de la angustia puede resumirse en el breve cuadro siguiente:

ANGUSTIA

| | |
|------------|--|
| 1) Trauma | Angustia automática e inespecífica. |
| 2) Peligro | Angustia al servicio del yo, afecto creado por la anticipación, controlado y usado como señal de alarma. |
| 3) Pánico | Fracasa el control del yo, el afecto resulta abrumador, regresión al estado 1); ataque de angustia en la histeria de angustia. |

Esta triple estratificación de la angustia la hallaremos nuevamente en todos los demás afectos.

¿Deberá darse a la señal de angustia el nombre de contracatexis? Ello parece fundado, a causa de que es iniciada por el yo y se basa en una anticipación activa de cierta posibilidad futura. Por otro lado, es la expresión de un fenómeno automático que se produce en las profundidades del organismo a consecuencia de la reacción del yo. No es creada por el yo, es más bien utilizada por él. En este sentido, la señal de angustia constituye un ejemplo típico de la naturaleza dialéctica de las contracatexis en general. Las fuerzas que el yo utiliza contra los instintos son derivados de los instintos mismos.

LOS SENTIMIENTOS DE CULPA COMO MOTIVO DE DEFENSA

El conflicto neurótico se hace más complicado cuando la angustia es reemplazada por sentimientos de culpa. Los sentimientos de culpa representan una angustia tópicamente definida, la angustia del yo frente al superyó.

Deben distinguirse los sentimientos de culpa propiamente dichos —es decir, la sensación de "he procedido mal", un juicio doloroso sobre cierto acontecimiento pasado, con carácter de remordimiento—, de los sentimientos de conciencia que no juzgan el pasado sino el futuro: "debo hacer esto", o "no debo hacer aquello". Esta parte de la conciencia tiene una función de *admonición* y gobierna los actos futuros de la personalidad.

* *Strain*. (T.)

Habiendo señalado el juicio del yo "no hagas esto, porque en tal caso puede ocurrir algo terrible", como la raíz de la "angustia del peligro", podemos suponer ahora que el sentimiento de conciencia con función de admonición constituye un caso especial de la misma función del yo: "No hagas esto, porque en tal caso puede ocurrir una cosa específica, que será terrible".

¿Qué es esta cosa específica? ¿Qué es lo que realmente significa "castigo por el superyó", o "pérdida del amor del superyó"? Evidentemente el tipo de dolor que se teme es el mismo que se siente ya, en mayor o menor grado, en el sentimiento de culpa propiamente dicho.

La función de admonición de la conciencia expresa la tendencia del yo a evitar el dolor de los sentimientos de culpa intensos. Este dolor constituye un displacer específico, y el evitarlo es el objetivo de toda persona consciente. Mientras lo que se teme es un castigo real, o se concibe el infierno como una amenazante realidad, no se puede hablar aún de verdadera conciencia, ya que la tendencia a evitar el castigo y el infierno no difiere de las tendencias creadas por las demás señales de angustia. En la "conciencia", el temor se ha internalizado y amenaza *desde adentro*. Se siente el temor no sólo de que ocurra algo terrible dentro de la personalidad, sino también de perder ciertas cosas placenteras, tales como el bienestar, la protección y la seguridad hasta ahora existentes. Esta pérdida temida puede tener el carácter de una pérdida de la autoestima, situación ésta cuya expresión más extrema es la sensación de aniquilamiento.

Para resumir: lo que dice la conciencia admonitoria es esto: "Evita realizar tal o cual acto, pues de otro modo experimentarás una sensación de aniquilamiento". El sentimiento de culpa propiamente dicho es más o menos una materialización de esta amenaza, que a su vez puede ser utilizada para evitar actos similares futuros, que podrían intensificar aún más la sensación de aniquilamiento.

Esta sensación de aniquilamiento debe ser considerada como una cesación de los suministros narcisísticos inicialmente derivados del cariño de cierta persona externa y luego del superyó.

Si consideramos que aquello que la conciencia normal trata de evitar ya ha sucedido realmente en la melancolía, tendremos que la sensación melancólica de aniquilamiento es comparable al pánico paralizante en el tercer tipo de angustia. El cuadro de la triple estratificación que hemos trazado para la angustia puede aplicarse también a los problemas del sentimiento de culpa. La conciencia y los admonitores sentimientos de culpa corresponden al segundo estado (a la admonitoria "angustia del peligro"), la sensación melancólica de aniquilamiento al tercer estado, el pánico. ¿Qué es lo que corresponde, entonces, al primer estado, el del "trauma"?

En la angustia, el primer estado era el de la experiencia dolorosa inespecífica por la que debe pasar el héroe en un estado traumático. En el caso del sentimiento de culpa la situación debe ser similar, pero más específica. La suposición de que aquí la sensación de un "peligro desde adentro" está basada, más que en una "tensión traumática" general, en sensacio-

nes específicas de hambre, puede hallar apoyo en una abundante experiencia clínica referente a la vinculación entre sentimientos de culpa y pulsiones orales, de la que nos ocuparemos más adelante (véase pág. 162). De esta manera podemos establecer una nueva triple estratificación para el sentimiento de culpa:

SENTIMIENTO DE CULPA

- | | |
|------------|--|
| 1) Trauma | Sensación de hambre o aniquilamiento automático. |
| 2) Peligro | "Aniquilamiento" al servicio del yo, afecto creado por la anticipación, controlado y utilizado como señal de admonición. |
| 3) Pánico | Fracasa el control del yo, el afecto se torna arrollador, regresión al estado 1); crisis de "aniquilamiento" en la melancolía. |

Aquí hay que agregar una complicación importante: el hambre real, de carácter primario, es hambre de leche. Posteriormente la nostalgia de suministros narcisísticos es sentida de una manera similar, como una especie de hambre psíquica.

La falta absoluta de suministros narcisísticos hace apáticas y pseudodeprimidas incluso a las personas adultas, las que en casos extremos pueden llegar hasta intentar la satisfacción de su hambre mediante una regresión al estado de realización alucinatoria de lo deseado. Esta apatía constituye el modelo de lo que los ulteriores sentimientos de culpa tratan de prevenir.

Cuando el yo ha llegado a desarrollarse en un grado tal como para formarse un juicio de que existe el peligro de una interrupción de los suministros narcisísticos esenciales, el objetivo de la señal "puede producirse un aniquilamiento" debe ser el de influir sobre los objetos en el sentido de lograr de ellos la provisión de dichos suministros. Este estado representa la angustia de la pérdida de amor, que tan importante papel desempeña como motivo de defensa.

En las personas cuya autoestima es regulada por la angustia de la pérdida de amor, pueden surgir angustias y sentimientos de culpa secundarios si tratan de forzar la concesión de los necesarios suministros narcisísticos por medios censurables. Las personas que necesitan suministros narcisísticos, pero al mismo tiempo abrigan el temor inconsciente de recibirlos, son especialmente desdichadas.

La angustia de pérdida de amor, o más bien la angustia producida por la pérdida de suministros narcisísticos, se transforma en angustia de pérdida de los suministros del superyó, mientras el temor se transforma en sentimiento de culpa. De este modo, la segunda etapa, en el cuadro sobre los sentimientos de culpa, debe ser dividida en dos subetapas: en la primera, la pérdida de suministros narcisísticos es una amenaza desde

afuera, en la segunda, desde adentro. El paralelismo entre la angustia y el sentimiento de culpa puede ser completado ahora con el cuadro siguiente:

| | ANGUSTIA | SENTIMIENTO DE CULPA (UNA ANGUSTIA ESPECÍFICA) |
|------------|---|--|
| 1) Trauma | Angustia automática e inespecífica. | Sentimiento automático de aniquilación, producido por: a) falta de alimento; b) falta de cariño (de suministros narcisísticos). |
| 2) Peligro | Angustia al servicio del yo, afecto creado anticipadamente, y controlado y usado como señal de alarma. | "Aniquilamiento" al servicio del yo, afecto creado anticipadamente, y controlado y usado como señal de alarma: a) Antes de la instauración del superyó: angustia por la posible pérdida de cariño (posible pérdida de suministros narcisísticos); b) Después de la instauración del superyó: conciencia (que regula los suministros narcisísticos internos). |
| 3) Pánico | Falla el control del yo, el afecto se hace abrumador, regresión al estado 1); ataque de angustia, en la histeria de angustia. | Falla el control del yo, el afecto se hace abrumador, regresión al estado 1); ataque de "aniquilamiento", en la melancolía. |

La transformación del estado 2a en 2b (véase el cuadro) se inicia cuando el yo anticipador comienza a ponerse en guardia contra todo acto de su parte que pueda acarrear una pérdida del necesario amor de los padres. El cambio se completa con la resolución del complejo de Edipo por la introyección de sus objetos. El estado 2b constituye una característica esencial de la normalidad mental. Toda persona experimenta constantemente leves "señales de conciencia", que regulan la conducta y que son de mucha mayor importancia, como partes integrantes de lo que se llama "el humor", que las señales comunes de angustia.

La "conciencia" se torna patológica cuando:

- funciona de una manera excesivamente rígida o excesivamente automática, en forma tal que perturba el juicio realista sobre el resultado real de los actos a emprender ("superyó arcaico"), o
- cuando se produce la precipitación en el "pánico", y se experimenta una sensación más o menos grande de aniquilamiento completo, en lugar de una señal de alarma, que ése es el caso de las depresiones.

Las causas de este fracaso de la conciencia serán investigadas más tarde (véase págs. 437 y sig.). Aquí juzgamos del caso algunas observaciones acerca de ciertos rasgos característicos de los sentimientos de culpa en general.

Los sentimientos de culpa se hallan íntimamente vinculados a sensaciones orales, o más bien a sensaciones intestinales. En la monografía de Nunberg sobre sentimientos de culpa (1175, 1179; cfr. también 849, 1178) se hallarán abundantes pruebas en apoyo de esta tesis. Por ejemplo, el remordimiento y los síntomas compulsivos con significado de penitencia, así como las tentativas de "anular" algo a objeto de satisfacer la conciencia, son percibidos inconscientemente, por lo regular, como un acto de devolución de contenidos del cuerpo (959). Y esto sucede no solamente cuando el hecho mismo ha sido considerado como una incorporación. Surge también de la circunstancia de que el superyó es sentido como un objeto introducido que presiona desde adentro.

El acto de rehusar el alimento, de parte de las personas deprimidas, expresa generalmente la idea de no aumentar la presión de los objetos internalizados, mediante la incorporación de nuevos objetos.

El sentimiento de culpa no sólo tiene en general un carácter oral, sino también, en especial, un carácter sádico-oral. La denominación de "remordimientos de conciencia" (*qualms of conscience*) expresa esto tan bien como el término alemán *Gewissensbisse* *, expresiones éstas que son simples descripciones de la forma en que las sensaciones son realmente experimentadas.

Pero los sentimientos de culpa no se manifiestan solamente en forma de sensaciones intestinales. La relación genética con respecto a la angustia se pone de manifiesto en el hecho de que la mala conciencia puede producir las mismas sensaciones circulatorias y respiratorias que la angustia. "Tengo un peso en el corazón", o bien "no puedo respirar libremente" son expresiones de mala conciencia.

En el caso de la depresión este carácter sádico del superyó se ve incrementado por una regresión patogénica decisiva.

Se ha expresado la idea de que la angustia puede estar en relación con las represiones de la sexualidad, mientras que el sentimiento de culpa correspondería a la represión de las pulsiones agresivas (97, 624). Pero esta correlación parece pecar de grosera.

El yo, tomado entre las exigencias instintivas y los sentimientos de culpa, tiene ante sí dos posibilidades: o bien obedece al superyó, volviéndose contra los instintos, o se rebela contra el superyó. Hay tantos compro-

* La idea de *morder* aparece tan claramente en *Gewissens-bisse* (*Biss*, mordedura, *beissen*, morder) como en el término español *re-mordimiento*. (T.)

misos posibles entre obediencia al superyó y rebelión contra el mismo como son los compromisos entre obediencia y rebelión contra las autoridades externas. Un tipo de compromiso que es muy frecuente es el de la propiciación temporaria a objeto de preparar una rebelión ulterior.

Corresponde decir unas palabras sobre el concepto de una necesidad de castigo. La presión a que está expuesto el yo por parte del superyó crea ante todo una necesidad de liberarse de esa presión, de recuperar la autoestima perdida y de reaseguramiento contra posibles sentimientos de aniquilamiento. Lo que de manera mejor asegura este objetivo es el "perdón". Una vez que se ha tenido la experiencia de que el castigo puede ser un medio de lograr el perdón, puede surgir realmente una necesidad de castigo. El castigo anhelado es un medio de lograr el perdón. Las personas en cuestión preferirían sin duda, de ser posible, alcanzar el perdón sin sufrir previamente un castigo. En el caso de los "masoquistas morales", empero, la situación puede ser más complicada: el castigo puede ser demandado no solamente como un medio de alcanzar el perdón sino también como una especie de sustituto deformado de la gratificación sexual.

EL ASCO Y LA VERGÜENZA COMO MOTIVOS DE DEFENSA

En cuanto a otros motivos de defensa, si bien se sabe menos, parece ser que su origen y desarrollo pueden quedar aclarados también mediante la aplicación del cuadro de la triple estratificación.

El *asco*, como motivo de defensa, va dirigido indudablemente contra exigencias orales, hecho que lo vincula a los sentimientos de culpa. En efecto, ciertos sentimientos de asco son muy análogos a ciertos tipos de sentimientos de culpa, por ejemplo el asco de sí mismo. También resulta evidente, por cierto, la vinculación al erotismo anal.

Aplicando al asco el cuadro de la triple estratificación, podemos decir lo siguiente:

1. El precursor del asco es un síndrome fisiológico, arcaico, de defensa, que se produce automáticamente tan pronto como algo que es repulsivo alcanza el aparato digestivo. El primer juicio negativo del pre-yo, en el bebé, es: "esto no es comible", lo que significa: "tengo que escupirlo".

2. El yo ya fortalecido aprende a usar este reflejo para sus fines propios y lo convierte en una defensa, primeramente en una expresión de negación en general (616) y más tarde en una defensa contra ciertas pulsiones sexuales, especialmente de carácter oral y anal. Esto constituye, una vez más, una señal: "Si no renuncias a esta exigencia, tendrás que escupir y vomitar".

En un niño normal, una parte del interés eróticoanal por las heces puede ser convertido directamente en una propensión a las reacciones de asco (555). Las reacciones de asco excesivamente intensas delatan su carácter de formación reactiva en la

irrupción ocasional de la coprofilia originaria, en sueños o bien en actos sintomáticos. El asco de los histéricos, como respuesta a una tentación sexual, puede considerarse como una negación extrema de pulsiones sexuales receptivas inconscientes: "No solamente no quiero aceptar nada dentro de mi cuerpo, sino que quiero expulsar algo de mi cuerpo, escupiendo o vomitando".

3. Hay "ataques neuróticos de asco", que corresponden al "pánico" de la angustia, y en los que el yo, a causa de bloqueos previos, es completamente arrollado por el afecto cuya finalidad había sido la defensa (440).

La *vergüenza*, como motivo de defensa, está principalmente dirigida contra el exhibicionismo y la escoptofilia. No se trata simplemente de una forma especializada de angustia de castración (temor al "mal de ojo" castrador) (430, 1420), sino de un sentimiento más específico, que en última instancia tiene también su raíz, indudablemente, en un patrón reflejo fisiológico primitivo (470, 555, 636, 1177). También la vergüenza se halla vinculada, en muchos aspectos, a los sentimientos de culpa; así, la "vergüenza de sí mismo" (588).

"Tengo vergüenza" quiere decir "no quiero que me vean". Por eso las personas que sienten vergüenza se esconden, o por lo menos apartan el rostro. Pero también cierran los ojos y se niegan a mirar. Esto es una especie de gesto mágico, originado en una creencia mágica de que todo aquel que no mira no puede ser mirado.

Es un hecho interesante, aunque nada fácil de explicar, el que la vergüenza parece estar vinculada de manera específica a los fenómenos del erotismo uretral. El hecho de que el castigo mediante la vergüenza de ser puesto "en la picota" sea habitualmente aplicado, en forma específica, a los que mojan la cama, sólo demuestra que la vinculación entre vergüenza y erotismo uretral ya existía en la generación anterior. El objetivo de la ambición basada en el erotismo uretral es el de probar que ya no hay más necesidad de avergonzarse.

Probablemente puedan distinguirse, una vez más, las siguientes fases:

1. La vergüenza como un patrón arcaico de reacción fisiológica; ser visto es automáticamente equiparado a ser despreciado.

2. El yo utiliza este patrón fisiológico con fines de defensa; como señal: "si haces esto o aquello, podrás ser mirado y despreciado".

3. La señal no actúa en las personas bloqueadas, de manera que éstas se sienten sobrecogidas por una vergüenza semejante a un pánico.

Tal como sucede con los sentimientos de culpa, el yo puede volverse no sólo contra los impulsos instintivos, en actitud de obedecer al asco y la vergüenza, sino que puede rechazar y reprimir los afectos mismos de asco y vergüenza (440, 1486).

RESUMEN

En el conflicto neurótico (entre el yo y el ello) una pulsión instintiva busca una descarga, en lucha contra una angustia que se le opone (sen-

timiento de culpa, asco, vergüenza). La pulsión tiende hacia el mundo; las fuerzas contrarias obran en el sentido de apartarse del mundo. La pulsión parece regirse por su hambre de objetos; las fuerzas contrarias parecen regirse por un empeño de evitar los objetos.

¿EXISTEN FUERZAS ANTI-INSTINTIVAS PRIMARIAS,
DE CARACTER INNATO?

¿Existen tendencias innatas a ahogar o dominar los impulsos sexuales o agresivos —aparte de los sentimientos de angustia, culpa, vergüenza y asco, de fuente externa—, que actúen incluso allí donde no se registran experiencias de frustración? ¿Quizá el desvalimiento de la criatura humana, que necesariamente da lugar a estados traumáticos, baste para crear una hostilidad primaria del yo hacia los instintos? ¿Tal vez el tabú del amor incestuoso, que vemos tan drásticamente expresado en muchas sociedades primitivas, sea algo innato, y pueda ser la causa principal de las fuerzas que actúan contra el complejo de Edipo?

Las ideas de esta índole no parecen tener fundamento. No hay prueba de que sean realmente necesarias las hipótesis de esta clase para la explicación de los hechos que implica el fenómeno de la neurosis. Las consecuencias del desvalimiento infantil son ordinariamente superadas cuando el niño deja de ser desvalido. Cuando persisten, ello se debe a experiencias que llevaron al niño a convencerse de que sus instintos son peligrosos. Siempre que analizamos neuróticos, a quienes su tabú del incesto ha hecho reprimir el complejo de Edipo, nos encontramos con determinadas experiencias que constituyen la causa de sus angustias y sentimientos de culpa y son además las fuerzas que dieron motivo a la represión de estos afectos.

CAPÍTULO IX

LOS MECANISMOS DE DEFENSA

CLASIFICACION DE LAS DEFENSAS

Las defensas del yo se pueden dividir en:

- a) defensas exitosas, que dan lugar a la cesación de lo que se rechaza, y
- b) defensas ineficaces, que obligan a una repetición o perpetuación del proceso de rechazo, a objeto de evitar la irrupción de los impulsos rechazados.

Las defensas patógenas, que constituyen la base de la neurosis, pertenecen a la segunda de estas categorías: cada vez que hay impulsos opuestos que no pueden encontrar descarga y se mantienen en suspenso en el inconsciente, e incluso, a causa del ininterrumpido funcionamiento de sus fuentes físicas, se ven reforzados en su intensidad, se crea un estado de tensión y puede producirse la irrupción.

De ahí que las defensas exitosas sean de menor importancia en la psicología de las neurosis. De hecho, la comprensión de estas defensas es más deficiente (cfr. 1032). Sin embargo, las líneas de demarcación de las dos categorías no siempre son claramente definidas, y a veces no es posible distinguir entre “un impulso modificado por la acción del yo” y un “impulso que irrumpe bajo una forma deformada, contra la voluntad del yo, por el cual no ha sido reconocido”. Este último tipo de impulso producirá actitudes constreñidas, se repetirá una y otra vez, no permitirá nunca una relajación completa y producirá fatiga.

SUBLIMACION

Cabe colocar las defensas de carácter exitoso bajo el rótulo genérico de sublimaciones. Este término no designa un mecanismo específico. Las defensas de carácter eficaz pueden hacer uso de diversos mecanismos, tales como el cambio de la pasividad a una actitud activa, la vuelta contra el sujeto, o la transformación de un fin en el fin opuesto (588). El factor

común a estos mecanismos es que, bajo la influencia del yo, el fin, o el objeto (o uno y otro a la vez), es modificado sin resultar de ello el bloqueo de una descarga de carácter adecuado. (Sería preferible omitir de la definición de la sublimación el factor de la valoración, que habitualmente se incluye en la misma [127, 137].) Es necesario distinguir la sublimación de las defensas que hacen uso de *contracatexis*. Los impulsos sublimados encuentran su forma de salida, si bien por una vía artificial, cosa que no sucede con los demás impulsos. En la sublimación, el impulso originario desaparece porque su energía le es quitada en beneficio de la *catexis* de su sustituto. En las otras defensas, la libido del impulso originario es mantenida a raya mediante una elevada *contracatexis* (555, 1499).

Las sublimaciones necesitan un torrente irrefrenado de libido, así como una rueda de molino ha menester de una corriente de agua canalizada y libre de estorbos (773). Por esta razón, las sublimaciones hacen su aparición cuando ha desaparecido una represión (596, 599). Para decirlo de una manera metafórica, las fuerzas defensivas del yo no se oponen de frente a los impulsos originarios, como en el caso de las *contracatexis*, sino que recurren a una treta, y la resultante, en la que se suman la energía instintiva y la energía de la defensa, queda en libertad de acción. Las sublimaciones se distinguen de las gratificaciones sustitutivas de carácter neurótico por su desexualización; es decir, la gratificación del yo ya no es abiertamente de carácter instintivo.

¿Cuáles son los impulsos posibles de semejante vicisitud y de qué factores depende que una sublimación sea o no posible?

Si los impulsos pregenitales y las actitudes agresivas concomitantes no son rechazados por la formación de una *contracatexia* (que los excluiría del desarrollo ulterior de la personalidad), son organizados más tarde bajo la supremacía genital. El logro más o menos completo de esta organización es el requisito previo necesario para una sublimación exitosa de aquella parte de la pregenitalidad que no es utilizada sexualmente en los mecanismos del placer preliminar. Es sumamente improbable que exista una sublimación de la sexualidad genital adulta. Los genitales representan un aparato destinado a lograr una plena —es decir, no sublimada— descarga orgásmica. Las pulsiones pregenitales constituyen el objeto de la sublimación. Pero si las pulsiones pregenitales han sido reprimidas y se mantienen en el inconsciente, en competencia con la primacía genital, no pueden ser sublimadas. La capacidad de orgasmo genital hace posible la sublimación (desexualización) de las pulsiones pregenitales (308).

No es fácil decir qué factores son los que deciden si el yo logrará o no arribar a tan feliz solución. La sublimación se caracteriza por:

- a) una inhibición del fin,
- b) una desexualización,
- c) una completa absorción de un instinto por sus secuelas, y
- d) por una alteración dentro del yo. Todas estas cualidades pueden ser encontradas también en los productos de ciertas identificaciones, como

por ejemplo, en el proceso de la formación del superyó. El hecho empírico de que las sublimaciones, especialmente las que surgen en la infancia, dependen de la presencia de modelos, de incentivos directa o indirectamente proporcionados por el ambiente, corrobora la presunción de Freud en el sentido de que la sublimación se halla íntimamente relacionada con la identificación (608). Por otra parte, los casos de perturbación de la capacidad de sublimación demuestran que esta incapacidad se relaciona con dificultades para hacer identificaciones (173). Del mismo modo que ciertas identificaciones, también las sublimaciones pueden, con mayor o menor éxito, combatir o anular impulsos infantiles destructivos (1422, 1424), pero también, y de una manera encubierta, pueden abrir camino a estos mismos impulsos destructivos. En cierto sentido, toda fijación artística de un proceso natural constituye una manera de “matar” dicho proceso (1332). Pueden hallarse precursores de la sublimación en ciertos juegos infantiles, en los cuales las pulsiones sexuales son satisfechas de una manera “desexualizada”, luego de realizarse cierta deformación del fin o del objeto, y también son decisivas las identificaciones en este tipo de juego (541, 956).

La extensión de la diversión del fin en la sublimación es sumamente variable. En algunos casos, esta diversión se limita a una inhibición del fin. La persona que ha realizado la sublimación hace exactamente aquello que el instinto le exige, pero lo hace luego que el instinto ha sido desexualizado y subordinado a la organización del yo. En otros tipos de sublimación ocurren modificaciones de alcance mucho mayor. Puede suceder incluso que el instinto originario haya sido realmente reemplazado por una actividad de sentido opuesto. Algunas reacciones de asco —habituales entre gente civilizada— y en las cuales no se ven rastros de las tendencias instintivas infantiles, en oposición a las cuales se han constituido, pertenecen a esta categoría (555). Esto es idéntico a lo que Freud describió como transformación en lo opuesto. Una vez llegado a su término el fenómeno, toda la fuerza del instinto respectivo opera en sentido opuesto al primitivo (588).

DEFENSAS PATOGENAS

Los conflictos entre las exigencias instintivas y el temor o los sentimientos de culpa no son necesariamente patológicos. La forma en que son manejados estos conflictos es lo que decide si su curso ulterior será normal o patológico. Mientras las exigencias instintivas normales ocupen su lugar dentro de la personalidad total y puedan ser periódicamente satisfechas, los conflictos restantes serán de una intensidad relativamente pequeña y podrán ser resueltos sin dar lugar a consecuencias patológicas. La capacidad de descargar las tensiones instintivas mediante gratificaciones periódicas constituye la mejor garantía de salud mental, y a la vez un prerequisite de la sublimación libre de perturbaciones. Pero aquellas partes de los instintos que durante la infancia entraron en colisión

con las defensas del tipo de contracatexis se hallan excluidas de esta posibilidad de descarga periódica. Las contracatexis no transforman los instintos rechazados en algo diferente; más bien los contienen. Tratan simplemente de bloquear su descarga, haciéndoles perder con ello la conexión con el resto de la personalidad y mantenerse inalterados en el inconsciente. En esto estriba el peligro de una irrupción, que es la base de las neurosis.

Esto explica dos hechos de importancia decisiva:

1) Los instintos rechazados ejercen una constante presión hacia la motilidad. Privados de la posibilidad de una descarga directa, hacen uso de toda posibilidad de descarga indirecta, desplazando su energía a todo otro impulso que esté asociativamente vinculado a ellos, aumentando la intensidad de este impulso sustitutivo o incluso alterando la cualidad del afecto vinculado a éste. Este impulso sustitutivo toma el nombre de derivado (589, 590). La mayor parte de los síntomas neuróticos son derivados de esta índole.

2) Todas las defensas patógenas tienen su raíz en la infancia, y no hay psiconeurosis que no tenga su raíz en la infancia.

El efecto aislador de las defensas de la infancia explica por qué un paciente cuyos impulsos sexuales infantiles han sido liberados de sus represiones por el psicoanálisis no se empeña lisa y llanamente en satisfacer esos impulsos infantiles que ahora se han hecho conscientes. Una vez que las defensas infantiles han sido abolidas, se anula el aislamiento, y los impulsos rechazados recobran su vinculación con la personalidad total. Ahora son partícipes de la madurez de la personalidad; las pulsiones infantiles se convierten en pulsiones adultas, las que pueden ser descargadas. En cuanto al remanente, puede quedar, de ahí en adelante, sujeto a un mecanismo de sublimación o cualquier otro mecanismo eficaz de coartación.

Al ocuparnos de las neurosis traumáticas, pudo verse que el estado de ser anegado por la excitación hacía surgir la necesidad de bloquear el acceso de toda nueva estimulación. La percepción y otras funciones del yo son bloqueadas o disminuidas por poderosas contracatexis. Estos tipos de "defensas", y especialmente su culminación —el desmayo— pueden ser considerados como el patrón de acuerdo con el cual se forman todas las demás defensas patógenas: el desmayo es una cesación completa de las funciones del yo; otros mecanismos de defensa consisten en una cesación parcial de ciertas funciones del yo (410).

En última instancia, el desmayo, como mecanismo de defensa y como bloqueo de funciones en peligro, es consecuencia de un reflejo biológico de profundas raíces, al que se debe el abandono no sólo de funciones en peligro sino también de órganos en peligro (autotomía). Este reflejo, con su finalidad de liberarse de un órgano en tensión para asegurar la homeostasis, puede ser considerado a la vez como la raíz de la gratificación de los instintos y de la defensa contra los instintos.

NEGACION

La tendencia a negar las sensaciones y hechos dolorosos es tan antigua como el mismo sentimiento de dolor. En los niños pequeños, la negación optativa de las realidades displacientes es un hecho muy común y nada más que la expresión de la vigencia del principio de placer.

La aptitud de negar partes displacientes de la realidad es la contraparte de la "realización alucinatoria de deseos". Este tipo de negativa de reconocimiento del displacer en general fue denominado por Anna Freud "etapas previas de defensa" (541). El desarrollo gradual de la capacidad de "juicio de realidad" * hace imposible esta falsificación global de la realidad (575). Sin embargo, estas tendencias a la negación tratan de mantenerse en vigencia. Donde se imponen mejor es allí donde se trata de ciertas percepciones internas, aisladas, de carácter doloroso. Freud explicó que la "negación" de una percepción de esta índole puede ser un compromiso entre el hecho de adquirir conciencia de los datos proporcionados por la percepción y la tendencia a negar. Una afirmación tal como "Me alegro de no haber tenido dolor de cabeza desde hace tanto tiempo", hecha antes de aparecer un dolor de cabeza, quiere decir: "Siento que se acerca el dolor de cabeza, pero por el momento puedo negarlo todavía". "No sé a quién representa esta persona de mi sueño; seguramente no a mi madre", quiere decir: "Siento que esta persona representa a mi madre, pero todavía estoy en condiciones de negarlo" (616).

En fases más avanzadas del desarrollo, todos los intentos de negación encuentran como adversarios, por supuesto, las funciones (del yo) de la percepción y la memoria. Las experiencias dolorosas y los recuerdos de experiencias dolorosas —reproducidos automáticamente cada vez que aparece algo semejante a la experiencia dolorosa originaria— obligan al organismo a abandonar los métodos de la realización alucinatoria de deseos y la simple negación (507). El desarrollo gradual del yo y del principio de realidad refuerza la experiencia y la memoria, y debilita lentamente la tendencia a la negación. Mientras el yo es débil, la tendencia a la negación puede mantenerse en situación de relativa superioridad. En una época más avanzada de la infancia, la solución característica es que la verdad objetable es eficazmente negada en el juego y en la fantasía, en tanto que, al mismo tiempo, la parte razonable del yo reconoce dicha verdad y el carácter lúcido o fantástico de la negación (176, 541). Algo de esta "negación en la fantasía" sigue existiendo en el adulto normal, el cual, sabedor de una verdad desagradable, a pesar de ello (o precisamente por ello) se complace en sueños diurnos en que esa verdad es negada. En los adultos, sin embargo, los sueños diurnos de esta índole son "sin importancia" y constituyen meramente un refugio destinado a proporcionar un breve alivio de las cargas de la realidad, mientras que los juegos y

* Véase nota de la pág. 59.

las negaciones de la infancia son de importancia capital. Sólo en el caso de graves perturbaciones de la función de juicio de la realidad (psicosis) pueden seguir imperando, en los adultos, negaciones serias y de importancia. En un grado menor, puede observarse en todo neurótico, como resultado de la "negación en la fantasía", un desdoblamiento del yo en una parte superficial, que conoce la verdad, y una parte más profunda, que la niega. Aun conociendo la verdad, la persona puede actuar como si ésta no existiera (614, 633, 635). Freud describió este fenómeno, primeramente, en el fetichista, el cual, conociendo la anatomía de los genitales femeninos, actúa en sus síntomas neuróticos como si las mujeres tuvieran pene (621).

A veces la lucha entre la negación y el recuerdo puede ser observada directamente. Un hecho displaciente puede ser reconocido y negado alternativamente. Si en esta situación puede ser ofrecido a la percepción o a la memoria una especie de objeto sustitutivo —algo que, si bien relacionado con el hecho censurable, es por sí inofensivo— el sustituto será aceptado, y la lucha se decidirá en favor de la represión. El yo que reprime, mientras se halla envuelto en esta lucha con la percepción y la memoria, está buscando una idea o una experiencia sustitutiva. Se crea, en el yo que reprime, un "hambre de experiencias encubridoras" (409, 413, 686, 1437).

Esto explica la existencia de "recuerdos encubridores" de carácter retroactivo (553). El yo acude a su arsenal de recuerdos en busca de imágenes que pueda ofrecer, en calidad de sustitutos, a su conciencia. Pero también las percepciones reales producidas en el curso de la lucha son inmediatamente examinadas por el yo a objeto de establecer si pueden servir para la formación de imágenes sustitutivas. El yo dispone de "valencias libres" para las experiencias encubridoras, y se siente económicamente aliviado una vez que ha dado con ellas. Este alivio es sentido por los niños, a menudo, de una manera característica, que puede recibir el nombre de orden de recordar (413). Durante una experiencia que en sí misma es más o menos inofensiva, pero que puede servir de base, posteriormente, a un recuerdo encubridor, el niño siente una especie de mandato interior: "¡Atención: esta escena tienes que recordarla toda tu vida!" A menudo esto no es sentido como una orden estricta sino como un deseo de poner a prueba la propia memoria.

Hay una significativa vinculación entre la *orden de recordar* y el *déjà vu*. La situación inconsciente es sumamente similar en ambos fenómenos, por cuanto una experiencia real es asociada a una experiencia reprimida y sirve de sustituto de ésta (582). Si bien hay una gran diferencia entre la idea de "esto ya lo he sentido otra vez" y la de "voy a recordar esto toda mi vida", los sentimientos que acompañan a uno y otro tipo de experiencia son muy similares. Sucede a veces que una experiencia de *déjà vu* se halla realmente vinculada a una orden de recordar. Pero en el *déjà vu* la represión ya es completa, el yo no quiere que se le recuerde algo que ha sido reprimido y el sentimiento de *déjà vu* consiste en el hecho de que se le recuerda ese algo contra su voluntad. En el caso de la orden de

recordar, la represión todavía se halla en conflicto con la memoria. El yo aprueba activamente la experiencia real, porque con la ayuda de ésta puede completar la represión.

A veces cierto acontecimiento real es experimentado con un sentimiento similar al *déjà vu*: "de manera que es realmente cierto que...". Esto puede significar ya sea que el suceso en cuestión hace recordar algo que fue reprimido (que a menudo es un sentimiento de culpa), y esta represión es puesta en peligro ahora por dicho suceso, el cual es sentido como algo siniestro, o bien que aquello que "después de todo, es cierto" es una realidad libre de ciertas ideas inconscientes atemorizantes que la persona había anticipado en conexión con ella. Lo cual significa (el segundo caso): "Ya no tengo por qué temer ciertas cosas que había asociado erróneamente a la realidad". En este caso, el sentimiento similar al *déjà vu* es tranquilizador y placentero (422, 631).

Algunas veces ciertas formas de conducta con otras personas pueden explicarse como intentos de facilitar la negación de hechos desagradables. La finalidad evidente del hecho de mentir, por ejemplo, es hacer creer a la otra persona algo que no es cierto, o hacer que deje de creer algo que es cierto. La finalidad inconsciente de la mentira consuetudinaria, empero, puede ser, inconscientemente, la de producir el mismo efecto en el mentiroso mismo. La tentativa de convencer a alguien de la realidad de algo que no es real se hace como una prueba de la posibilidad de que también ciertos datos de la memoria pueden ser erróneos.

La persona a quien se engaña sirve como testigo en la disputa entre la memoria propia y la tendencia a la negación (437).

PROYECCIÓN

El primer juicio del yo establece la diferencia entre objetos comibles y no comibles: la primera forma de aceptar es tragar, el primer rechazo es escupir (616). La proyección es un derivado de la primera negación; su contenido es: "quiero escupirlo", o, por lo menos, "quiero poner distancia entre esto y yo". La proyección es esencial en aquella temprana etapa del desarrollo que Freud denominó el yo de placer puro (588), y en la que todo lo que sea placentero es sentido como perteneciente al yo ("algo para tragar"), mientras que todo lo que sea doloroso es sentido como no-yo ("algo para escupir").

Mientras la línea de demarcación entre yo y no-yo aún no es definida —que es lo que ocurre en los primeros años de la infancia, y más tarde en la psicosis— los mecanismos del estado del yo depuradamente hedónico pueden ser puestos al servicio de la defensa. Las emociones o excitaciones que el yo trata de rechazar son "escupidas", y luego sentidas como cosa fuera del yo. El impulso censurable, en lugar de ser percibido en el propio yo, es percibido en otra persona. De manera que es válido para el mecanismo de defensa de la proyección lo mismo que para la ansiedad y el sentimiento de culpa: las reacciones arcaicas que en las primeras fases del desarrollo se producen automáticamente, son más tarde amansadas por el yo y utilizadas por éste para sus fines de defensa. Pero este

primitivo mecanismo de defensa sólo puede usarse en forma extensiva si la función de prueba y juicio de realidad,* de parte del yo, se halla gravemente menoscabada por efecto de una regresión narcisística, y oscurecidos, en consecuencia, una vez más, los límites entre yo y no-yo. El hecho de que la proyección desempeña un papel de la mayor importancia en las cosmologías arcaicas de carácter animista concuerda con la naturaleza esencialmente arcaica de la misma (401, 810, 854, 886, 937, 967, 1484).

Cuando, por imperio de la evolución de la libido, se produce la sobre-catexis de las funciones excretoras, también estas funciones pueden ser utilizadas como modelos físicos para la proyección. El desembarazarse de un objeto o un impulso de carácter censurable, eliminándolo del cuerpo tal como son eliminadas las heces, constituye una fantasía sumamente frecuente (26). En la paranoia, que es la enfermedad en que la proyección alcanza la mayor intensidad, esta fantasía alcanza su punto culminante en los delirios de persecución, en los que el persecutor, que se halla fuera del paciente, representa las sensaciones que éste experimenta en los intestinos (1203, 1465).

En general, el organismo prefiere sentir los peligros como amenazas desde afuera, y no desde adentro, porque ciertos mecanismos de protección contra los estímulos excesivamente intensos sólo pueden ser puestos en acción contra los estímulos externos. Muchas proyecciones dan la impresión de haber sido tomados ciertos estímulos internos, por error, como externos, con el propósito de aplicar también esta protección a los estímulos internos (605).

Resulta difícil establecer clínicamente si toda proyección de ciertas tendencias o actitudes afectivas representa siempre, o no, una expulsión de objetos previamente internalizados, es decir, en última instancia, un acto de escupir o de defecar.

Habitualmente, las proyecciones en general no son efectuadas a la ventura, sino que se dirigen a cierto punto de la realidad en que son alcanzadas, desde otro punto, a mitad de camino. La persona paranoide está sensibilizada, por decir así, para percibir el inconsciente de los demás, en todos los casos en que el percibirlo puede ser utilizado para racionalizar su propia tendencia a la proyección. Siente de una manera afinada el inconsciente de los demás cuando esto le permite olvidar su propio inconsciente (607). Así como los "monstruos" del contenido manifiesto de un sueño representan un "animalillo acuático" de la vida diaria (1328), el monstruo del delirio paranoide puede ser el resultado de falsear la imagen o el significado de un microbio de la vida real.

El animismo constituye el ejemplo de proyección más importante, de carácter general, en el desarrollo normal del yo. En los pacientes paranoides, en quienes la función juicio de realidad se halla gravemente perturbada, se produce la interpretación viciosa de la realidad (por proyección)

* Véase nota de la pág. 59.

de carácter más extremo. La misma cosa, en grado menor, se observa en los neuróticos, quienes falsean la comprensión de la realidad efectiva en el sentido de sus necesidades inconscientes.

INTROYECCION

La idea de tragar un objeto es, originalmente, una expresión de afirmación (616). Como tal, es el prototipo de la satisfacción instintiva, no de la defensa contra los instintos. En la etapa del yo de placer puro, todo lo que es placentero es introyectado. En última instancia, todos los fines sexuales son derivados de fines de incorporación. Simultáneamente, la introyección es el prototipo de la recuperación de la omnipotencia previamente proyectada sobre los adultos. Pero la incorporación, si bien es una expresión de "amor", objetivamente destruye los objetos como tales, como cosas independientes en el mundo externo. En el momento en que se da cuenta de este hecho, el yo aprende a usar la introyección para fines hostiles, como medio de ejecución de los impulsos destructores y como modelo de un mecanismo definido de defensa (449, 454, 662, 886, 967, 1484).

La incorporación es el más arcaico de los fines dirigidos hacia un objeto. La identificación, llevada a cabo mediante la introyección, es el tipo más primitivo de relación con los objetos. Todo tipo ulterior de relación objetal, por eso, en el momento de tropezar con dificultades, puede regresar a la identificación, y todo ulterior fin instintivo puede regresar a la introyección. El uso de la introyección como mecanismo de defensa, una vez más, ofrece un ejemplo de cómo los mecanismos automáticos primitivos son amansados más tarde por el yo y utilizados por éste para sus fines.

REPRESION

Relativamente menos arcaico es el mecanismo de la represión propiamente dicho, que es ciertamente un derivado de la "negación", de la que más arriba nos hemos ocupado. Consiste en el olvido intencional (inconsciente) de impulsos internos o de hechos externos, o en no darse cuenta de los mismos, los que, por regla general, representan posibles tentaciones o castigos por causa de exigencias instintivas censurables, o meras alusiones a tales exigencias. El hecho de excluir (intencionalmente) de la conciencia estos datos tiene evidentemente el propósito de aminorar sus efectos reales, así como también el dolor que implicaría el hacerse consciente de los mismos. Pero lo reprimido, aun cuando no es sentido conscientemente, continúa en vigor. El yo sólo puede librarse enteramente de lo reprimido en aquellos casos a los que hemos dado el nombre de sublimaciones y que algunas veces reciben la denominación de represión exitosa. En la represión propiamente dicha, posible gracias a continuas contracatexis, lo reprimido mantiene su acción desde el inconsciente (159, 589, 999).

El ejemplo más típico de represión lo hallamos en el simple olvido de un nombre o de una intención. El análisis revela que el olvido de un nombre o de una intención se produce allí donde los mismos encuentran la resistencia de un motivo previamente coartado, habitualmente por estar asociado a una exigencia instintiva de carácter censurable. En el caso del olvido tendencioso, la persistencia, en el inconsciente, de lo reprimido, se refleja en la sensación subjetiva de que uno debería saber lo que ha sido olvidado, o incluso de que uno "en cierta forma" lo sabe, "lo tiene en la punta de la lengua", si bien en realidad no lo sabe (553).

A veces se recuerdan los hechos como tales, pero sus vinculaciones, su significación, su valor emocional, son reprimidos.

Los conflictos surgen cuando se producen experiencias nuevas, que tienen alguna vinculación con aquello que ha sido previamente reprimido. Hay una tendencia, en este caso, de parte de lo reprimido, a utilizar el nuevo acontecimiento como vía de desahogo, una tendencia a desplazar hacia el mismo su propia energía, a transformarlo en un "derivado". La tendencia a usar esta forma de desplazamiento como medio de lograr una descarga a veces tiene éxito. El análisis de las exageraciones neuróticas —a saber, actitudes en las que hallamos una sobrevaloración emocional de una cosa relativamente inocua— demuestra que se trata de derivados de algo que había sido reprimido. El aparente absurdo de la valoración emocional del caso resulta comprensible como resultado del desplazamiento. Otras veces fracasa el intento, de parte de lo reprimido, de hallar una vía de desahogo: se produce entonces una tendencia a reprimir todo suceso vinculado asociativamente al material originariamente reprimido, en una palabra, una tendencia a reprimir los derivados de la misma manera como antes fue reprimida la exigencia originaria. A esto se da el nombre de represión secundaria (*Nachdraengen*) (589). Da la impresión como si lo reprimido fuera algo así como una fuerza magnética que atrajera todo aquello con que de algún modo está relacionado, de manera que esto último, a su vez, también es reprimido. En realidad, no es que el material asociativamente vinculado a lo reprimido sea atraído dentro de éste, sino que dicha fuerza trata de transformar ese material en un derivado, con lo cual las mismas fuerzas que realizaron la primera represión reprimen a su vez el nuevo material.

A veces sucede con los derivados de lo reprimido que, alternativamente, les es permitida la descarga, y les es impuesta, a su vez, la represión. El goce de ciertas formaciones de esta índole, tales como los sueños diurnos, puede llegar a alcanzar un alto índice emocional mientras no sobrepasen cierto límite; pasado éste, son olvidados en forma completa e instantánea (590). Otro tanto puede decirse de los sueños, ya que no hay más que un paso entre los sueños de elevada intensidad emocional, que pugnan obsesivamente por llegar a ser conscientes, y los sueños que son olvidados íntegramente.

Las represiones, por lo tanto, se delatan ya sea por ciertas lagunas —es decir, por el hecho de que ciertas ideas, sentimientos o actitudes que

parecerían ser la reacción adecuada a la realidad, de hecho están ausentes—, ya por la manera obsesiva de aferrarse a ciertas ideas, sentimientos y actitudes de carácter compensatorio, que no son otra cosa que derivados (1532). Lo primero puede verse en la represión secundaria, lo segundo en los recuerdos encubridores (553) y en las ideas obsesivas.

Numerosas vinculaciones existen entre la represión y la proyección, así como también entre la represión y la introyección. A veces las ideas reprimidas son sentidas inconscientemente como objetos que hubieran sido separados del yo, cosa que hace de la represión algo cercano a la proyección. Otras veces las ideas reprimidas son sentidas como si hubieran sido tragadas, semejanza ésta con la introyección que se debe al hecho de que aquello que ha sido tragado ha dejado de ser visible, pero continúa actuando desde adentro (1436). Ciertos sueños ocurridos en el transcurso de un análisis demuestran a menudo que el material reprimido es considerado inconscientemente como alimento tragado, o incluso como heces o cosa vomitada.

La represión propiamente dicha es el mecanismo principal de la histeria. Expresa una actitud en la cual la cosa censurable es tratada simplemente como si no existiera. El hecho de que los impulsos sexuales son muy a menudo reprimidos, mientras que los impulsos agresivos constituyen más a menudo el objeto de otros mecanismos de defensa, se debe quizás a la circunstancia de que la actitud de la educación frente al tema del sexo consiste simplemente, a menudo, en no mencionarlo, mientras que la existencia de la agresividad es reconocida, si bien se la califica de mala. Cuanto más consecuente consigo misma es la actitud de los educadores en el sentido, ya indicado, de imponer prohibiciones en una forma tal como si las cosas censurables no existieran, tanto más es estimulada, en los niños, la represión propiamente dicha. La inconsecuencia de la educación actual, indecisa en cuanto a cuáles son los reclamos instintivos a los que se debe acceder y a cuáles hay que oponerse —lo que conduce a una condescendencia inicial, a la que sigue luego una prohibición repentina, inesperada (y por lo tanto, a menudo, más cruel)—, favorece el uso de otros mecanismos de defensa, en lugar de la represión.

El motivo de la represión es indudablemente la tendencia a contener, paralizar, aquello que ha sido reprimido de la motilidad (552). Prueba de esto es el hecho de que la represión se hace superflua allí donde queda asegurada de algún otro modo la imposibilidad de pasar al acto. Los neuróticos obsesivos pueden tener ideas obsesivas de crimen porque, gracias al mecanismo del aislamiento, tienen la seguridad de que el crimen no será efectivamente realizado.

Orgel describió un sueño manifiestamente edípico, que un paciente tuvo luego de cierta experiencia que le hizo odiar realmente a la madre. En otras circunstancias, el paciente hubiera reprimido sus deseos incestuosos. El odio a la madre, que le daba la seguridad de que, en el terreno de la realidad, no habría de hacerle el amor, permitió el levantamiento temporario de la represión (1208, y cfr. también 1033).

Puesto que lo reprimido sigue existiendo en el inconsciente y crea derivados, la represión no se efectúa nunca de una vez y para siempre. El mantenimiento de la represión requiere un constante gasto de energía, ya que lo reprimido trata constantemente de hallar una vía de escape (589). Este gasto de energía puede observarse en los fenómenos clínicos: así, por ejemplo, en el empobrecimiento general del neurótico, que consume su energía en la realización de sus represiones y que por lo tanto no dispone de suficiente energía para otros fines. Esto explica ciertos tipos de fatiga neurótica. Algunos de los típicos sentimientos neuróticos de inferioridad tienen relación con el hecho de percatarse de este empobrecimiento (585). Se crean actitudes destinadas a evitar las situaciones en las que pudiera producirse una reactivación de lo reprimido (fobias), e incluso hacen su aparición actitudes que, dirigidas a crear la seguridad de que lo reprimido seguirá estando reprimido, son contrarias a las actitudes correspondientes a los impulsos originarios.

En su descripción de la represión Freud distinguió primeramente entre el destino de la idea reprimida y el destino de la cantidad de catexis emocional correspondiente a la idea reprimida (589). La idea, es decir, el contenido ideacional, es olvidada, pero la catexis emocional puede hacer su aparición por vía de desplazamiento sobre otra idea. Es verdad, desde luego, que a veces el desplazamiento de la catexis sobre un derivado menos censurable, que encuentra su descarga o su acceso a la conciencia, facilita la represión de la idea originaria, como sucede en los recuerdos encubridores (354, 1532); pero no es posible separar completamente los conceptos de "idea" y "catexis de la idea". Si *todavía* la catexis fuera desplazada, la presión de la idea originaria hacia la motilidad desaparecería totalmente, la lucha defensiva resultaría superflua, y todo el proceso, en este caso, más bien recibiría el nombre de sublimación que el de represión. En realidad, los "derivados" típicos sólo contienen *una parte* de la catexis reprimida. Lo que se suprime no son meras "ideas" sino "impulsos", es decir, ideas (revestidas de catexis) de actos futuros, deseos de actos (por supuesto, no solamente deseos primario del ello sino también elaboraciones ulteriores de los mismos y actitudes del yo). El desplazamiento de una catexis emocional sobre un derivado representa ya una especie de fracaso de las fuerzas represoras, que no pudieron lograr su objetivo de impedir toda expansión de los impulsos reprimidos. Sin embargo, este fracaso puede facilitar el objetivo de mantener inconsciente la idea originaria.

FORMACION REACTIVA

Hay numerosas actitudes neuróticas que constituyen evidentes tentativas de negar o reprimir ciertos impulsos, o de defender a la persona de algún peligro instintivo. Se trata de actitudes constreñidas y rígidas, que estorban la expresión de los impulsos opuestos, que, no obstante, se abren camino, a veces, de diversos modos. Cuando se trata de estos rasgos, el psicoanálisis, en su calidad de psicología "desenmascaradora", puede demostrar que la actitud opuesta originaria todavía persiste en el inconsciente.

Estas actitudes opuestas, de carácter secundario, toman el nombre de formaciones reactivas (555).

¿Representan las formaciones reactivas un mecanismo de defensa separado e independiente? Más bien parecen ser una consecuencia y una forma de reaseguramiento de una represión ya establecida. Pero, por lo menos, representan un tipo de represión determinado, factible de distinguir de las otras formas de represión. Es un tipo de represión en la cual la contracatexis es manifiesta, y que, por lo tanto, logra evitar los actos permanentemente repetidos de represión secundaria. Las formaciones reactivas evitan estas represiones secundarias produciendo una modificación definitiva, "de una vez por todas", en la personalidad. La persona que ha elaborado formaciones reactivas no ha creado con ello un determinado mecanismo para utilizarlo cuando se produce la amenaza de un peligro instintivo; ha modificado la estructura de su personalidad como si el peligro estuviera siempre presente, en forma tal que pueda hallarse preparado en cualquier momento en que el peligro se produzca. Ejemplo de esto son el afán de limpieza o el sentido del orden del neurótico obsesivo, que lucha, mediante estos rasgos de carácter, contra sus exigencias instintivas de suciedad y desorden. La rigidez de este afán de limpieza, o de este sentido del orden, así como las ocasionales irrupciones de la suciedad y el desorden, delatan la índole reactiva de estos rasgos caracterológicos.

Las irrupciones de esta clase pueden producirse tanto en los sueños como en la vigilia. Un acto instintivo ocasional puede resultar nuevamente posible, con lo que la formación reactiva resulta insuficiente, bajo la acción de ciertas condiciones de carácter económico o cualitativo. La mayor parte de los rasgos patológicos de carácter son del tipo de la formación reactiva. Es decir que, mientras que los rasgos caracterológicos normales permiten la descarga, la mayor parte de los rasgos patológicos sirven primariamente a la finalidad de asegurar la persistencia, en el inconsciente, de los rasgos opuestos.

Ciertos mecanismos de defensa representan formas intermedias entre la simple represión y la formación reactiva. Una madre histérica, que odia inconscientemente a su criatura, puede crear un aparente cariño intenso hacia la misma a objeto de asegurar la represión de su odio. Desde un punto de vista descriptivo, esto puede llamarse formación reactiva, pero no implica un cambio de la personalidad total en un sentido de bondad, o en general, de consideración hacia los demás. La bondad queda restringida a este objeto único, y aun aquí ha de ser restablecida cada vez que la ocasión lo exija. En contraposición a esto, un neurótico obsesivo que crea una verdadera formación reactiva contra el odio, se convierte, de una vez por todas, en una personalidad amable, en forma rígida y general (618).

Una formación reactiva puede hacer uso de pulsiones cuyos fines son opuestos a los de la pulsión originaria. Puede intensificar la intensidad de las pulsiones de este género a objeto de tener a raya, de una manera más efectiva, la pulsión originaria, y de este modo, un conflicto entre un impulso instintivo y una ansiedad o un sentimiento de culpa puede ocul-

tarse bajo la apariencia de un conflicto entre instintos. Por ejemplo, un hombre puede ser reactivamente pregenital a objeto de rechazar la genitalidad. Otra persona puede ser reactivamente (pseudo) genital para rechazar la genitalidad, o reactivamente heterosexual para rechazar la homosexualidad, o viceversa. O reactivamente pasivo-receptivo para rechazar la agresividad, o viceversa (1279).

No siempre se reconoce fácilmente, en la literatura psicoanalítica, la diferencia fundamental entre una formación reactiva que se impone a un impulso originario, y una sublimación en la que el impulso originario encuentra su descarga. Esto se debe en parte a una terminología contradictoria. La clasificación de las actitudes de acuerdo con que éstas hayan sido abandonadas o coartadas, no coincide necesariamente con la clasificación de las actitudes de acuerdo con la cual éstas se subdividen en actitudes que actúan en la misma dirección del impulso originario (o en una dirección ligeramente modificada) y actitudes que son diametralmente opuestas al mismo. Para aclarar esto, puede ser útil el siguiente diagrama:

Actitudes que operan

| | |
|--|-------------------------|
| A, en la misma dirección (o en una dirección modificada) que la pulsión original. | B, en dirección opuesta |
|--|-------------------------|

Actitudes en virtud de las cuales el instinto es.

I abandonado
II coartado

IA
IIA

IB
IIB

Damos el nombre de sublimación a la categoría I (que incluye tanto IA como IB) y el de formación reactiva a la categoría II (que incluye tanto IIA como IIB). La sublimación habitual está representada por IA, pero también existe el tipo IB. Por ejemplo, si en una persona normal un interés anal primitivo es reemplazado por cierta repugnancia —no muy intensa— hacia las heces, sin un intenso interés inconsciente residual hacia las heces (555). La formación reactiva típica estaría representada por IIB, pero también hay actitudes “contrafóbicas” de la categoría IIA, en las cuales el hacer la misma cosa que originariamente fue temida sirve al propósito de mantener a raya el intenso deseo originario (435).

Sterba abogó por una nomenclatura opuesta. Su propósito era dar a las formaciones en las que no hay vestigio de la exigencia instintiva originaria (II B) el nombre de “formaciones reactivas verdaderas”, incluyendo así, en el número de las formaciones reactivas, el origen del supervyó (1493). Pero siendo que en la terminología psicoanalítica el término de formación reactiva se ha consagrado ya para designar las formaciones que se deben a contracatexis, preferimos no seguir la sugestión de Sterba.

A objeto de aclarar la relación entre formación reactiva y sublimación vamos a comparar: a) un niño que aprende a escribir bien y siente en ello un gran placer; b) un niño que tiene una inhibición para la escritura, c) un niño que escribe de una manera muy forzada y minuciosa, y d) un niño que mancha y borrona. Todos ellos han desplazado a la función de la escritura cantidades instintivas erótico-anales. En el caso del primer niño ha habido una sublimación: él ya no quiere embadurnar,

sino escribir. Los otros tres no han logrado canalizar este impulso, y se sienten forzados a inhibirlo mediante una contracatexis, o a actitudes de formación reactiva en las que hacen un papel de robot, o incluso a persistir, sin cambio alguno, en el impulso primitivo.

Mientras la transformación, por sublimación, de una exigencia instintiva cualquiera en una función del yo aumenta la eficacia de esta función, una formación reactiva que se produce contra una función “sexualizada”, disminuye forzosamente su eficacia.

La sublimación se halla vinculada a la formación reactiva en la misma forma que una estructuración exitosa del supervyó se halla vinculada a una represión inmutable del complejo de Edipo.

Algunas veces se afirma que la sublimación es forzosamente una especie de represión. El pintor que ha sublimado su impulso de embadurnar no tiene ningún conocimiento consciente de su erotismo anal. Esto depende de la definición de lo que se entiende por represión. Si llamamos represión al hecho de desaparecer de la conciencia el fin original, toda sublimación es una represión (en este caso “exitosa”, ya que mediante el nuevo tipo de descarga se ha hecho superfluo el antiguo). Pero si en la definición de la represión se incluye el concepto de contracatexis continua, la represión y la sublimación se excluyen mutuamente. El hombre que ha reprimido, mediante una contracatexis, sus impulsos de embadurnar, tendría necesidad de reprimir también la idea de pintar, ya que ésta es demasiado similar a la primitiva acción de embadurnar. Sin embargo, hay artistas neuróticos cuyas obras son una mezcla de sublimaciones y síntomas neuróticos.

ANULACION

No existen líneas netas de demarcación entre las diversas formas de mecanismos de defensa. La formación reactiva ha sido vinculada a la represión, y la anulación (618) se vincula a la formación reactiva. En la formación reactiva se adopta una actitud que es opuesta a la actitud originaria. En la anulación se ha dado un paso más allá. Se realiza algo de carácter positivo que, real o mágicamente, es contrario a algo que, también realmente o tan sólo en la imaginación, fue realizado antes.

Donde mejor se puede observar este mecanismo es en ciertos síntomas compulsivos, compuestos de dos actos, el segundo de los cuales representa la completa inversión del primero (567). Por ejemplo, un paciente tiene que abrir primeramente la llave del gas, y luego cerrarla nuevamente. Todos los síntomas que representan una expiación pertenecen a esta categoría, ya que forma parte de la naturaleza de la expiación el anular actos anteriores. La idea misma de expiación no es otra cosa que una expresión de la creencia en la posibilidad de una anulación de carácter mágico.

Paradójicamente, la anulación, a veces, no consiste en una compulsión de hacer lo opuesto a lo que se hizo anteriormente, sino en una compulsión de repetir precisamente el mismo acto. El análisis demuestra que esto se basa en la siguiente intención inconsciente. La realización del primer acto se vincula a cierta actitud instintiva inconsciente, y el acto es anulado cuando puede ser repetido una vez más mediando condiciones inter-

nas diferentes. La finalidad de la compulsión de repetición es repetir el mismo acto, pero despojado de su secreto significado inconsciente, o con un significado inconsciente opuesto al primero. Cuando, a causa de la persistencia de lo reprimido, alguna parte del impulso primitivo se insinúa nuevamente en la repetición destinada a ser una expiación, puede resultar necesaria una tercera, cuarta o quinta repetición del acto (cfr. 88).

Un paciente que no era religioso, y que tenía que rezar obsesivamente por la salud de su madre enferma, tuvo más tarde la compulsión de golpear suavemente la boca después de pronunciar una plegaria. Esto constituía una anulación del síntoma rechazante, un retorno del deseo de muerte de la madre, previamente rechazado, y significaba esto: "estoy volviendo a poner en la boca las palabras de la plegaria". Vemos actuar el mismo mecanismo de los niños que piensan que un juramento en falso es permitido si, al mismo tiempo que hacen el ademán de jurar con la mano derecha, hacen secretamente el ademán contrario con la izquierda.

Otro paciente sintió repentinamente la compulsión de estirar el cuello hacia arriba. Resultó ser que, poco antes, había estado descendiendo en un ascensor y se le ocurrió que el rápido movimiento de descenso podía haber lesionado su cerebro (una angustia de castración encubierta, "desplazada hacia arriba"). El síntoma de estirar el cuello hacia arriba era una "anulación"; el movimiento de la cabeza hacia arriba tenía la intención de arrojar nuevamente el cerebro al lugar de donde se había deslizado, y anular de este modo la castración.

Este síntoma representa un caso especial del tipo frecuente de síntomas compulsivos basados en la magia de la simetría y que a menudo tiene un significado inconsciente de anulación. Si se ha tocado algo en el lado derecho, hay que tocar algo similar en el lado izquierdo. El sentido de esto es el de que no sea perturbado el equilibrio entre instinto y contrainstinto. Cuando ha sido alterado en un lado de la balanza, ello deberá ser "anulado" en el lado opuesto. La "magia numérica" de los neuróticos obsesivos hace que éstos tengan preferencia por los números pares, porque éstos no perturban el equilibrio como lo hacen los números impares.

A menudo la intención de "anular" fracasa porque lo rechazado vuelve en la misma medida en que es rechazado. El "des-hacer" de la anulación se convierte en un "hacer de nuevo". Esto ocurre cuando la anulación consiste en realizar exactamente el mismo acto, pero en actitud distinta, y lejos de lograrse tal cosa, la repetición se hace con la misma actitud. He aquí un ejemplo: un paciente que sentía escrúpulos reincidentes al gasto innecesario de dinero, gastó una moneda en la compra de un periódico. Inconscientemente, esto equivalía para él a visitar una prostituta. El paciente lo lamentó, y deseando anular el acto realizado regresó al puesto de venta de periódicos. Estaba indeciso respecto a lo que había de hacer, porque le daría vergüenza devolver el periódico al niño y pedirle la devolución del dinero. Se le ocurrió entonces que la compra de otro periódico podría tranquilizar su ánimo. Pero el puesto de venta ya estaba cerrado, y entonces sacó del bolsillo otra moneda y la arrojó.

Tal como la formación reactiva, el mecanismo de defensa de la anulación puede tener su origen en el incremento de la fuerza de una pulsión instintiva que se opone a la pulsión primitiva, con lo que la actitud de defensa se condensa con una actitud instintiva que pugna por lograr un placer erógeno. Cuando un niño siente la defecación como una pérdida de su integridad narcisística y elabora una tendencia coprofágica compen-

satoria (o más tarde, cuando el adulto se entrega al placer de leer en el retrete), esta coprofagia representa al mismo tiempo la anulación de la defecación y un placer anal-oral. Cuando una persona con angustia de castración regresa al nivel anal y sustituye la idea de perder el pene con la idea de perder las heces, la frecuente repetición del acto de defecar le otorga el reaseguramiento de que la pérdida no es de carácter permanente. Mientras el yo "se halla ocupado en la anulación de la castración... el ello está cediendo, por el mismo proceso, a impulsos anales" (1054). Esta posibilidad de reaseguramiento y placer simultáneos constituye probablemente la explicación del hecho de que el mecanismo de la anulación sea de aplicación tan frecuente en los conflictos que giran alrededor del erotismo anal.

Un significado especial es el que se vincula a los actos y actitudes que tienen por finalidad la anulación de imaginarios efectos destructivos. Los esfuerzos tendientes a la reparación pueden tener éxito, o no, en cuanto a mantener a raya las pulsiones sádicas. Estos esfuerzos pueden constituir el motivo capital de las sublimaciones artísticas y científicas (1422, 1424), así como también de penosos rituales compulsivos (895, 959).

Un fracaso del mecanismo de la anulación, a causa de que la defensa es invadida por los impulsos rechazados, explica varios fenómenos que son frecuentes en la neurosis obsesiva:

- a) el aumento en el número de las repeticiones necesarias, a causa de que ninguna repetición ofrece una seguridad completa de que esta vez será efectuada sin la consiguiente intención instintiva;
- b) ciertas formas compulsivas de contar, cuyo significado inconsciente es el de contar el número de repeticiones necesarias;
- c) el alcance cada vez más amplio de las seguridades buscadas en el ceremonial;
- d) dudas de carácter obsesivo, que a veces son dudas acerca de si la anulación ha tenido éxito, y finalmente, en ciertos casos;
- e) la futilidad de todas estas medidas (véase págs. 347 y sigs.).

A I S L A M I E N T O

Otro mecanismo de defensa predominante en las neurosis obsesivas, y de significación muy general en la psicopatología, es el *aislamiento* (618). Aquí el paciente no ha olvidado sus traumas patógenos, pero ha perdido la huella de sus conexiones y de su significado emocional. El paciente ofrece la misma resistencia a la demostración de las conexiones reales que ofrece el histérico a la evocación de sus recuerdos reprimidos. De manera que lo que aquí actúa es, una vez más, una contracatexis; su acción consiste en mantener separado lo que en realidad corresponde que esté unido. (1000).

A veces el paciente intercala intervalos reales de espacio o de tiempo

entre las dos esferas que se trata de mantener separadas. Los intervalos espaciales son dispuestos de tal modo que ciertas cosas (que representan ideas que han de mantenerse separadas) no pueden tocarse entre sí, o bien se les asigna un orden determinado, que las mantiene a cierta distancia entre sí. Los lapsos intercalados son planeados de tal modo que después de un acto sigue un intervalo que le impide chocar con cualquier otro acto. El acto de medir estos intervalos de tiempo constituye a veces uno de los factores determinantes de una compulsión neurótica de contar.

Tiene importancia práctica el caso del paciente que obstaculiza todo efecto terapéutico de su análisis manteniendo "aislado" todo el análisis. El paciente acepta el análisis únicamente mientras se halla tendido en el sofá, pero lo mantiene aislado del resto de su vida. A veces estos pacientes necesitan comenzar y finalizar su hora de análisis con ciertos rituales, que sirven para aislar las sesiones analíticas de aquello que ocurre antes y después de las mismas (438).

El caso especial más importante de este mecanismo de defensa es aquel en que una idea es aislada de la catexis emocional originalmente vinculada a ella. El paciente se conserva tranquilo al trazar los acontecimientos más apasionantes, pero luego, a propósito de un asunto completamente diferente, despliega una emoción incomprensible, sin darse cuenta de que la emoción ha sido desplazada. Contenidos ideacionales en extremo censurables, tales como deseos de muerte o deseos incestuosos, pueden hacerse conscientes en forma de obsesiones, porque el neurótico obsesivo es capaz de sentirlos como simples pensamientos, aislados, con las debidas seguridades, de la motilidad. La falta completa de afectos, tan característica de ciertos neuróticos obsesivos, y que crea una seria dificultad en el tratamiento, se basa en un aislamiento de este tipo. Ciertos pacientes son capaces incluso de sentir cabalmente sus emociones, pero tan sólo mientras pueden simular de algún modo que están representando simplemente un papel, o bien realizando ciertos experimentos mentales, o cualquier cosa por el estilo, es decir, mientras sus emociones se mantienen aisladas de todo aspecto de "seriedad".

Los pacientes obsesivos abandonan las temibles experiencias de los impulsos emocionales por el mundo "aislado" de las palabras y los conceptos. En el caso de la cavilación obsesiva vuelve lo reprimido: abstrusas ideas filosóficas, cuyo propósito era el de una protección contra impulsos, adquieren una importancia emocional tan intensa como la que tienen para una persona normal sus impulsos instintivos.

Un aislamiento muy frecuente en nuestra cultura, es el que se establece entre los componentes sensuales y los componentes de ternura de la sexualidad (572). Consecuencia de la represión del complejo de Edipo es el hecho de que muchos hombres (y también un buen número de mujeres) no logran alcanzar una satisfacción sexual completa, porque el goce de la sensualidad sólo es posible con personas a quienes no les unen sentimientos de ternura, o incluso con personas que les inspiran

sentimientos de desprecio, o ningún sentimiento. "No pueden desear allí donde aman, y no pueden amar allí donde desean" (572). La institución de la prostitución ofrece a los hombres de este tipo una oportunidad de aislar su sensualidad censurable del resto de su vida, ahorrándoles con ello la necesidad de reprimirla.

Muchos niños tratan de resolver conflictos aislando, una de otra, ciertas esferas de la vida, tales como la escuela y el hogar, por un lado, o la vida social y los secretos de su soledad, por otro. Una de las dos esferas aisladas representa, habitualmente, la libertad instintiva, y la otra, el buen comportamiento. El niño llega incluso a desdoblarse su personalidad, afirmando ser dos niños con diferentes nombres, uno bueno y otro malo, y negando la responsabilidad del bueno por las cosas que hace el malo.

El dictamen acerca de si los famosos casos de "doble personalidad" deben ser considerados como un aislamiento o una represión, depende de si la persona en cuestión conoce, al hallarse en un estado, la existencia del otro estado. Estos casos demuestran que existe un parentesco básico entre el aislamiento y la represión.

También en los casos que Freud denominó "desdoblamiento del yo" (621, 633, 635), hay un conocimiento displaciente al que se mantiene aislado del resto de la personalidad.

Otro tipo de aislamiento es el que representan los intentos de resolver conflictos acerca de la ambivalencia —es decir, conflictos entre sentimientos de amor y odio hacia una misma persona— escindiendo los sentimientos contradictorios en forma tal que una persona es solamente amada y otra solamente odiada, y evitando, mediante una contracatexis, que los dos sentimientos establezcan contacto entre sí. Un ejemplo de esto es el contraste entre la madre buena y la madrastra mala de los cuentos de hadas (552).

Puede verse un fracaso del intento de aislamiento en el caso frecuente de las blasfemias obsesivas. Con el objeto de aislar la actitud positiva, inspirada por el respeto, hacia la figura del padre, de toda idea agresiva o sensual, se intenta una actitud religiosa; en el caso de las blasfemias obsesivas, asistimos al fracaso de esta intención.

Si bien en todos los casos de neurosis obsesiva tiene lugar el aislamiento, hay algunas personas en las que este mecanismo domina de tal modo el cuadro, que ofrecen un excelente material de demostración de este mecanismo. El caso siguiente servirá para ilustrar el tema (411).

Un joven de diecisiete años contrajo una neurosis a consecuencia de su conflicto acerca de la masturbación. Durante cierto tiempo se masturbó sin ningún sentimiento de culpa y a menudo observaba también a sus compañeros cuando éstos se entregaban a prácticas de masturbación mutua. Más tarde escuchó un sermón de su sacerdote, en el que éste aconsejaba no reunirse con ninguno que se masturbara. Como en su infancia su genitalidad había sido inhibida por un excesivo temor a la castración, el paciente tomó a pecho el sermón del sacerdote y decidió seguir su consejo y no hablar más con los niños que se masturbaban. Esto tenía especial relación con un joven que, según él sabía, se masturbaba mucho. Durante cierto tiempo logró mantener su

resolución. Pero luego, para evitar el contacto con el joven citado, elaboró ciertas fobias y procedimientos obsesivos destinados a mantener dicha actitud. Primeramente, cada vez que se encontraba con el joven tenía que escupir. Cierta regla, de carácter obsesivo, acerca del número de veces que tenía que escupir, no llegó a aclararse nunca en el análisis. La fobia se extendió. El paciente se abstuvo de todo contacto con la familia y los amigos del "Intocable". (El paciente bautizó así al joven en cuestión para evitar usar su nombre.) Más tarde, porque el aludido era hijo de un barbero, el paciente se alejó de las barberías. Más tarde eludió incluso el contacto con las personas que se hacían afeitar por barberos y consideró deber imperativo el mantenerse alejado del sector de la ciudad en que tenía su barbería el padre del joven.

Después de esto, la neurosis se convirtió rápidamente en una "neurosis de aislamiento". Dejó establecido, en forma compulsiva, que los miembros de su familia, y particularmente las mujeres —la abuela, la madre y la hermana—, no debían concurrir al barrio prohibido. Sufrió mucho porque sus familiares no quisieron aceptar esta restricción de su libertad. Es obvio decir que él, por su parte, cumplía su propia prohibición. Pero cuanto más rigurosamente limitaba la libertad de sus actos, más intensamente se sentía obligado a pensar en el sector prohibido de la ciudad. Es fácil comprender que esto le hacía sufrir. Pero él dio una explicación inesperada de este sufrimiento. El hecho era doloroso, decía, porque en la casa veía a la madre y a la abuela, y por eso no debía pensar en los lugares y en las personas que eran objetos de su prohibición. Si bien se daba cuenta de la relación entre su enfermedad y la masturbación, ignoraba cuál era la vinculación que existía entre ambas. Había renunciado a la masturbación, aparentemente sin gran dificultad. Pero en lugar de esto tomó caracteres cada vez más definidos el esfuerzo neurótico de mantener separada la idea de "miembro de la familia" de la idea de "personas y lugares incompatibles", de aislar una idea de la otra.

Este aislamiento se convirtió en el tema principal de la neurosis. El paciente se permitió a sí mismo pensar en "cosas" "incompatibles", pero se esforzaba en evitar de pensar al mismo tiempo en personas "afines". De esta manera demostró que el contenido de su masturbación era el complejo de Edipo. La elaboración de este esfuerzo por parte del yo, para defenderse del complejo de Edipo por medio del aislamiento, condujo en pocos meses a una neurosis obsesiva del tipo más grave.

El caso de este paciente era como el del hombre de la pieza teatral de Wedekind, que no debía pensar en un oso. Siempre que el paciente pensaba en el "Intocable", inmediatamente pensaba en su abuela. Daba a este torturante síntoma el nombre de "conexión". Disponía, para hacerle frente, de una defensa que denominaba "desconexión", y que constituye un buen ejemplo del mecanismo de "anulación". Luego de pensar simultáneamente en un lugar prohibido y en una persona "afín", si podía formarse una imagen mental de la cosa "incompatible", completamente aislada y libre de todo ingrediente de carácter "afín", todo quedaba nuevamente en orden y se sentía tranquilizado. Bien pronto el paciente quedó absorbido por la tarea de hacer "desconexiones" desde la mañana hasta la noche.

Otros dos componentes, que tienden a acrecentar la gravedad de una neurosis obsesiva en expansión, aparecieron entonces: una inmensa ampliación del campo de la sintomatología y una invasión de los síntomas por los impulsos rechazados.

La división de los objetos en "afines" e "incompatibles" fue abarcando gradualmente a todas las personas y todos los lugares. Los "compañeros de colegio" se convirtieron así en "incompatibles", y los "parientes" en "afines". Pero también todas las personas, mediante asociaciones superficiales, eran colocadas en una u otra de las categorías, transformándose así en objeto de conexiones y desconexiones.

Cuando ocurría una conexión, no podía abandonar el lugar en que se encontraba, ni interrumpir la actividad en que se hallaba ocupado en ese momento, si antes no realizaba una completa desconexión. Este aspecto de su situación lo hacía muy desdichado. De esta manera, resultaba siempre dudoso si estaría en condiciones de levantarse del sofá al cabo de su hora de análisis, y pasaba toda la hora torturado por la idea de que ésta podría terminar exactamente entre una conexión y una desconexión. Finalmente, la defensa misma vino a dar expresión a los impulsos repudiados. La compulsión de desconexión hizo que le fuera necesario tener siempre a mano un número suficiente de personas, lugares y cosas "afines". El deseo de poner fin rápidamente a la torturante tensión hizo que lo reprimido volviera a la represión. El paciente visitó lugares "incompatibles", tomando nota, cuidadosamente, de las personas "incompatibles", para tenerlas disponibles en caso de necesitarlas. Pero no podía hacerlo con todos los objetos "incompatibles". El "Intocable", por ejemplo, continuó siendo evitado por él. Con el tiempo llegó a disponer de una serie gradual de diferenciaciones. Había objetos que eran fóbicamente evitados, como completamente "incompatibles". Luego había otros menos "incompatibles", escogidos con el fin de tenerlos a su disposición. Luego venían los que eran un tanto indiferentes, ligeramente "afines" y completamente "afines". Finalmente se ejercitó conscientemente en pensar solamente en cosas "incompatibles", en la esperanza de que así lograría más rápidamente la desconexión. Dado que el pensar en "cosas incompatibles" ocupaba el lugar de la "masturbación", ahora estaba masturbándose inconscientemente en forma continua. Y en efecto, cuando su tensión llegaba al máximo y a pesar de todos sus esfuerzos no podía hacer la desconexión, se producía, con gran sorpresa para él, una eyaculación.

Freud llamó la atención sobre un prototipo normal de aislamiento y sobre un punto relacionado con el origen del mismo (618).

El prototipo normal es el proceso del pensamiento lógico, que de hecho consiste en una constante eliminación de asociaciones afectivas en obsequio de la objetividad. Los neuróticos obsesivos, con sus actividades de aislamiento, representan una caricatura del molo normal de pensar. Esto arroja luz sobre un factor importante en la terapia analítica. La asociación libre parece ser, en esencia, una interrupción de las contra-catexis aisladoras normales. Los aislamientos que caracterizan el pensamiento normal tienen que ser interrumpidos por el requerimiento de expresar todo lo que venga a la mente, de manera que puedan hacer nuevamente su aparición las relaciones inconscientes originales del proceso del pensamiento. Debido a que gastan una parte considerable de sus contra-catexis en el mecanismo especial del aislamiento, a los neuróticos obsesivos les resulta difícil asociar libremente. Algunos de ellos, en efecto, no aprenden nunca a hacerlo. Siempre desean un orden, una rutina, un sistema. Desde el punto de vista psicológico, esto quiere decir que no desean privarse de sus aislamientos.

Desde el punto de vista genético, el mecanismo del aislamiento se halla vinculado al antiguo tabú del contacto. Los ceremoniales del umbral y las "compulsiones del empedrado" expresan conflictos acerca de si se ha de obedecer o no a este tabú (30, 390). El tabú del contacto, como prototipo que es del mecanismo del aislamiento, puede ser dirigido contra cualquier impulso instintivo. Hay impulsos no prohibidos, ya sean de

carácter sensual, o bien agresivos o de ternura, cuya finalidad no presupone el hecho de tocar el objeto.

REGRESION

Del concepto de regresión ya nos hemos ocupado anteriormente (véase págs. 70 y 85). Cada vez que una persona sufre una frustración, surge en ella una tendencia a añorar períodos anteriores de su vida, en los que sus experiencias fueron más placenteras, y tipos anteriores de satisfacción, que fueron más completos. La intensidad de esta tendencia es acrecentada por dos factores íntimamente ligados entre sí: el grado de vacilación con que el individuo acepta las formas más nuevas de satisfacción y el grado de su fijación a las formas anteriores. ¿Puede darse a la regresión, en este sentido, el nombre de mecanismo de defensa?

El neurótico obsesivo típico, cuando pasa por un conflicto entre sus deseos edípicos fálicos y su temor a la castración, sustituye sus exigencias edípicas por deseos sádico-anales. De hecho, la regresión es, por lo tanto, un recurso de defensa (618). Lo que debe admitirse, empero, es que el papel desempeñado por el yo en la regresión es diferente del que desempeña en todos los otros mecanismos de defensa. Los otros mecanismos de defensa son puestos en marcha por una actividad del yo (si bien el yo puede utilizar, en esta actividad, mecanismos más arcaicos y automáticos); en la regresión el yo es mucho más pasivo. La regresión es algo que le ocurre al yo. En general, parece ser puesta en marcha por los instintos, los cuales, al ser bloqueada su satisfacción directa, buscan un sustituto. El prerrequisito necesario para el uso de la regresión como mecanismo de defensa es, por lo tanto, una peculiar debilidad de la organización del yo.

Ya hemos mencionado el hecho de que existe una relación complementaria entre fijación y regresión; resulta fácil renunciar a algo que no es muy importante. Cuanto más intensas son las fijaciones pregenitales, más débil es la ulterior organización fálica. Un individuo fijado a un nivel anal no avanzará sin una verdadera resistencia hacia la fase fálica, y estará siempre dispuesto a ceder su nueva adquisición al menor desengaño o la más leve amenaza. Pero los desengaños y peligros muy intensos y súbitos pueden provocar regresiones incluso en individuos en los que no existen fijaciones intensas.

Hay dos tipos de regresión que merecen mención especial. El primero es la regresión de formas adultas a formas infantiles de sexualidad. Esta regresión es el prerrequisito de las neurosis. Todo desengaño o amenaza que afecte la sexualidad adulta puede hacer que una persona vuelva a aquellos niveles de su sexualidad infantil a los que inconscientemente se halla fijada. En otras palabras, a niveles que han sido reprimidos y que se mantienen invariables en el inconsciente. Pero una neurosis aparece solamente si esta movilización de la sexualidad infantil origina, a su vez,

una reactivación de los viejos conflictos que alguna vez, en la infancia, florecieron alrededor de la sexualidad infantil. La regresión a la sexualidad infantil puede limitarse a la zona erógena principal, de manera tal que, por ejemplo, una persona histérica, fijada oralmente, puede expresar sus deseos edípicos genitales en fantasías de felacio o en síntomas orales. O bien tiene lugar una regresión plena en la que no sólo la realización de los deseos genitales puede expresarse de una manera pregenital, sino que todo el complejo de la pregenitalidad, incluyendo características tales como la ambivalencia y la bisexualidad, sustituye a la genitalidad. En este sentido, el neurótico obsesivo típico ha renunciado a su genitalidad y se ha hecho, una vez más, sádico-anal.

El segundo caso especial de regresión es la regresión al narcisismo primario, o a la etapa del desarrollo anterior a la diferenciación final del yo y el ello. Cuando se produce esta regresión —la más profunda—, significa la reedición del más antiguo de todos los tipos de defensa: el bloqueo del yo.

Qué es lo que determina la elección de uno u otro tipo de defensa es asunto del que vamos a ocuparnos más adelante.

DEFENSAS CONTRA LOS AFECTOS

Hasta aquí nos hemos limitado a ocuparnos de los mecanismos de defensa contra los impulsos instintivos. Pero los impulsos instintivos son rechazados a causa de la ansiedad o de un sentimiento de culpa, es decir, para evitar el dolor del pánico traumático o de la pérdida de autoestima. En consecuencia, toda defensa es, en última instancia, una defensa contra *afectos*. “No quiero sentir ninguna sensación dolorosa”, es el motivo inicial, y el motivo final, de toda defensa (589, 590). Si bien las defensas más organizadas contra los impulsos instintivos son de mayor importancia en la psicogénesis de la neurosis, no hay que olvidar que también actúan contra los afectos defensas arcaicas, menos sistemáticas. Incluso la ansiedad o el sentimiento de culpa, que dan motivo a la defensa contra los impulsos instintivos, son dolorosos, y hay, en efecto, defensas que tienden, no a evitar los actos instintivos o las situaciones que implican tentación o castigo, sino a evitar directamente el sentimiento mismo de ansiedad o de culpa. Esto es especialmente notorio en ciertas formaciones caracterológicas arcaicas, en las que pueden observarse defensas contra la ansiedad en gran escala.

BLOQUEO (REPRESION) DE AFECTOS

Parece ser que el yo, cuando se ha visto abrumado por los afectos, puede recobrar su fortaleza en medida tal que, cada vez que se presenta una situación similar a la primera, dispone de las contracatexis necesarias

para rechazar un nuevo despliegue total del afecto. Podemos hablar de afectos inconscientes, así como también de sensaciones inconscientes. En ambos casos hay ciertos estados de tensión que, de no ser estorbados en su desarrollo y no hallar su descarga mediante contracatexis, originarían afectos y sensaciones respectivamente, tendencias inconscientes al desarrollo de afectos, que son mantenidas a raya por la acción de fuerzas contrarias. Una "excitación sexual inconsciente" o una "ansiedad inconsciente" pueden observarse clínicamente del mismo modo que, en general, cualquier material inconsciente. Las tendencias inconscientes favorables al afecto, al ser bloqueadas, crean derivados, se delatan en sueños, síntomas y otras formaciones sustitutivas. Se delatan sencillamente en un estado general de debilidad, causado por el consumo excesivo de energía (590, 608). La "frigidéz emocional" (véase págs. 533 y sigs.) y ciertos tipos de despersonalización (véase págs. 478 y sig.) constituyen ejemplos de bloqueo general de las emociones. Ya hemos dicho que una desproporción entre el factor precipitante y la reacción afectiva constituye un indicio de la existencia de represiones. Se puede agregar a esto que la formación de derivados origina una inestabilidad afectiva general, como primera consecuencia de la defensa contra los afectos mediante el bloqueo de la descarga. La persona puede haber aprendido a defenderse secundariamente de esta inestabilidad fortaleciendo las contracatexis. Si la inestabilidad afectiva es la primera consecuencia de las defensas contra los afectos, la rigidez afectiva general es la segunda.

POSTERGACION DE AFECTOS

Los derivados más simples son las explosiones diferidas de afectos. El desplazamiento en el tiempo, con el simple resultado de una aparición posterior de la reacción afectiva y el de evitar, de este modo, el reconocimiento de la situación que ha dado motivo a este mecanismo, es el caso especial más frecuente de desplazamiento de un afecto. Donde más frecuentemente es usado este tipo de defensa es contra los afectos de rabia (o fastidio) y aflicción. La rabia puede ser soportada, evidentemente, sin descarga, por un corto tiempo, pero sólo por un corto tiempo. Después tiene que ser descargada, sea contra quien fuere. Cuando se trata de la aflicción, la postergación parece ser un elemento esencial. Lo que sucede en el duelo no es otra cosa que una gradual "elaboración" de un afecto, el cual, si fuera descargado en su pleno vigor —es decir, la cantidad total de catexis desencadenadas por la pérdida del objeto— arrollaría al yo. Lo que hoy llamamos aflicción es evidentemente una neutralización diferida y fragmentada de un género de afecto salvaje y autodestructivo que aún hoy puede ser observado en el pánico de un niño ante la desaparición de la madre o en las reacciones irrefrenadas de duelo de los primitivos (597, 1640) (véase págs. 443 y sig.). Resulta comprensible

así, que el mecanismo de postergación de afectos haya sido estudiado especialmente con referencia al fenómeno de la aflicción. El "hombre de los lobos" (el conocido paciente de Freud) no mostró reacción alguna ante la muerte de la hermana, pero estalló en lágrimas ante la tumba de Pushkin (599). Helene Deutsch dedicó un artículo a este problema (332).

Pero el mecanismo de la postergación del afecto no se limita, de ningún modo, a la rabia y la aflicción. Pfister estudió la reacción del yo a un peligro mortal agudo, y halló repetidamente la ausencia de miedo durante el período del peligro agudo, con la aparición subsiguiente de un intenso miedo una vez pasado el peligro (1225). Esta forma de postergación del miedo puede tener el efecto de salvar la vida, por cuanto posibilita una acción voluntaria, que de otro modo podría ser paralizada por el miedo. Los síntomas de ansiedad de los neuróticos traumáticos representan, en parte, un mecanismo similar de miedo diferido. La expresión "miedo diferido" suena a contradictoria, ya que el miedo es una reacción súbita e inmediata. Pero tal cosa existe. Una persona puede pasar tranquilamente por experiencias terroríficas, y momentos más tarde sentirse abrumada por el miedo. Durante aquellos momentos le fue posible al yo prepararse, protegerse de ser completamente arrollado.

En el curso de su análisis un paciente había retomado el hábito infantil de argumentos de cine, que no sólo es utilizado con frecuencia sino que recibe además un nombre especial: *double-take*. El caso es ilustrado por la anécdota siguiente: Un hombre llega a su casa después de una jornada agotadora de trabajo, se encuentra con un telegrama que le anuncia la muerte de un pariente, lo lee mientras va a acostarse y luego exclama: "¡Qué terrible conmoción me va a producir esto mañana por la mañana!"

Las reacciones diferidas de vergüenza y asco pueden ser observadas también con cierta frecuencia.

En el curso de su análisis, un paciente había retomado el hábito infantil de masturbación anal. Puso de manifiesto, durante el análisis, que al masturbarse se había manchado los dedos. Resultó sorprendente que no mostrara ninguna reacción de repugnancia, siendo que su carácter hacía esperar tal cosa. Unos días más tarde reaccionó a una provocación relativamente leve con una explosión desproporcionadamente intensa de repugnancia.

La postergación de las reacciones de fatiga mientras se está bajo "stress", hasta que pasa el peligro, se basa, al parecer, en el mismo mecanismo.

Algunas veces, después de sufrir un gran dolor, o de pasar por un esfuerzo particularmente violento, puede observarse una especie de apatía, de embotamiento al dolor y de frigidéz sentimental. También esto debe tener su explicación en un mecanismo similar, de protección del yo contra los efectos o las sensaciones que podrían arrollarlo.

DESPLAZAMIENTO DE AFECTOS

La postergación no es más que un caso especial entre muchos tipos de desplazamiento de afectos (552). Otro subtipo es el desplazamiento con respecto al *objeto*. El afecto, dominado con relación a un objeto determinado, estalla libremente contra otro. Este tipo de desplazamiento puede combinarse con una postergación, como en el caso del "hombre de los lobos" ante la tumba de Pushkin (599). El desplazamiento del objeto temido se conoce debido al estudio de las fobias a los animales (566).

EQUIVALENTES DE AFECTOS

La defensa tiene más éxito si la persona puede engañarse a sí misma respecto al carácter de su emoción. Las inervaciones de descarga típicas pueden producirse total o parcialmente, pero su significado psíquico se mantiene inconsciente. Éste es el modo en que se originan los llamados equivalentes de afectos (véase págs. 307 y sig.). Los equivalentes de la angustia fueron descritos por Freud en el primero de sus trabajos sobre las neurosis de angustia (545, 547). Los equivalentes del duelo fueron estudiados por Landauer (1011). No cabe duda de que todos los demás afectos pueden ser también reemplazados, de igual manera, por equivalentes de sensaciones somáticas. Es característico de ciertos tipos compulsivos de personalidad el hecho de que, cuando el análisis ha atacado con éxito su bloqueo afectivo, comienzan a quejarse de ciertos cambios en sus sensaciones corporales, sin percatarse de su significación psíquica. Antes de estar nuevamente en condiciones de sentir sus efectos plenamente, encuentran el expediente de los equivalentes de afectos. El "lenguaje básico" somático de Schreber está formado de afectos que han sido reducidos a sensaciones corporales (574).

FORMACIONES REACTIVAS CONTRA LOS AFECTOS

La negación del significado verdadero de un afecto puede intensificarse hasta convertirse en una adhesión compulsiva a la actitud emocional opuesta. El descaro puede llegar a convertirse en una defensa contra los sentimientos de culpa; el coraje, en una defensa contra el miedo.

Estamos habituados a ver la utilización de la vergüenza y el asco como defensas sexuales, y nos sentimos inclinados, por ello, a considerar una conducta desvergonzada, o el recurso ostentoso a lo repugnante, más como una irrupción de los instintos sexuales infantiles que como una formación reactiva contra los afectos. Pero una "irrupción de instintos" semejante no tiene por qué ser necesariamente de estructura simple. El análisis de una "niña desvergonzada", realizado por Editha Sterba, de-

mostró que, en ese caso por lo menos, no había una definida falta de vergüenza sino una complicada formación reactiva contra un período anterior vigorosamente caracterizado por una intensa vergüenza (1486). Las "actitudes contrafóbicas" (435) son formaciones reactivas contra la ansiedad.

1. *Cambio de cualidad de los afectos.*

Se puede concebir también que el efecto de los mecanismos de defensa del yo modifique específicamente la cualidad de las experiencias afectivas. La antigua concepción de Freud según la cual, en ciertas condiciones, la excitación sexual se transforma en angustia (551, 558) aún no ha sido rebatida.

2. *Aislamiento de los afectos.*

Los afectos pueden ser íntegramente *aislados* de sus conexiones psíquicas al precio de una contracatexis especial. El análisis de las perturbaciones del afecto consiste en gran parte en el restablecimiento de las conexiones perdidas a causa de deformaciones de esta índole. A veces ciertas excitaciones afectivas son aceptadas solamente bajo ciertas condiciones, que significan inconscientemente algún reaseguramiento contra un peligro, y no cuando faltan tales condiciones. Así, por ejemplo, son admitidas solamente mientras no se les atribuye un carácter de realidad o de seriedad.

3. *Proyección e introyección de afectos.*

Los afectos pueden ser proyectados, es decir, percibidos en otra persona, para evitar de percibirlos en sí mismo. La idea de introyección de un afecto parecería no tener sentido. Sin embargo, una expresión tal como "tragarse la propia emoción" debería tomarse en consideración. Existe, fuera de toda duda, una defensa afectiva mediante la introyección del objeto contra el cual era dirigido el afecto, tal como, por ejemplo, el mecanismo de "identificación con el agresor" cuando el objeto es temido (541).

Como todas las defensas, las defensas contra los afectos pueden *fracasar*. Las personas que niegan sus afectos pueden, en determinadas condiciones, ser completamente arrolladas por el retorno de sus afectos. De ahí que las defensas contra los afectos tengan a menudo el carácter de un arma de dos filos. La ausencia de afectos puede convertirse en lo opuesto: un raptó afectivo; una actitud afectiva del tipo de la formación reactiva puede convertirse, de ese modo, en el afecto opuesto originario.

4. *Defensas contra sentimientos de culpa.*

Hay un grupo de defensas contra los afectos que merece especial atención a causa de su importancia clínica: son las defensas contra los senti-

mientos de culpa. Son características de ciertos tipos de neurosis en los que el yo se ve obligado a establecer una doble contracatexis y a luchar simultáneamente contra los deseos censurables del ello y las exigencias del superyó.

Los sentimientos de culpa pueden ser *reprimidos*. Sucede a menudo que las racionalizaciones acerca de la necesidad de cometer un determinado acto prohibido aseguran la represión de los sentimientos de culpa. La creencia de Macbeth en la profecía de las brujas constituye una tentativa de convencerse a sí mismo de que el asesinato fue un hecho inevitable, y que él, Macbeth, no tiene por qué sentirse culpable de ello. La comprensión de que había interpretado erróneamente la profecía, comprensión que le llega demasiado tarde, representa el sentimiento de culpa que vuelve de la represión (442).

Un hecho frecuente es la tentativa de *proyectar* los sentimientos de culpa. "Lo ha hecho algún otro, no yo", es el leitmotiv de más de un carácter neurótico.

Existen diferentes tipos de casi-proyecciones de sentimientos de culpa. Toda culpa puede ser sobrellevada más fácilmente si algún otro ha cometido también el mismo hecho. En procura del sentimiento de alivio que de este modo se puede lograr, las personas que han hecho algo por lo cual se sienten culpables, o bien desean hacer una cosa de esta índole, tratan de encontrar otra persona que se halle en la misma situación. Se sienten sumamente aliviadas cuando logran encontrar otra persona que hace o ha hecho la misma cosa. Pueden incluso inducir a otras personas a hacer cosas de las que ellos se sienten culpables. La función de alivio que tiene el hecho de compartir la culpa constituye uno de los factores básicos de la psicología del arte. El artista obtiene el alivio de su sentimiento de culpa al inducir al auditorio a participar en el hecho que él, el artista, comete en la fantasía, y el espectador siente igual alivio al darse cuenta de que el artista se atreve a expresar impulsos prohibidos (1332). De una manera similar, el motivo por el cual se cuenta un chiste es siempre la tentativa de lograr la aprobación del auditorio para la culpa subyacente en los impulsos censurables ocultos en el chiste (556, 1294). El compartir la culpa tiene también una importancia básica en la formación de grupos (1258).

Incluso en el caso de ser el sentimiento de culpa demasiado intenso para superarlo mediante el hecho de compartir la culpa, cabe aún una proyección en forma de un intento de denunciar en los demás las tendencias que la persona está tratando de negar en sí misma. Es el viejo cuento de la paja en el ojo ajeno.

A veces el superyó, que debe su origen a la introyección de un objeto extremo, es proyectado nuevamente sobre objetos externos, con el propósito de liberarse de los sentimientos de culpa. Los neuróticos obsesivos a veces tratan de eludir un sentimiento de culpa apelando al perdón de los demás.

Un paciente obsesivo acostumbraba relatar, al comienzo de la hora analítica, sus escrúpulos obsesivos, sin asociar luego nada a los mismos. Un día explicó que estos es-

crúpulos habían desaparecido en el momento mismo en que fueron expresados. Al ver que el analista no se había encolerizado ni aterrorizado, ya que seguía imperturbable en su asiento, escuchándolo, el paciente se sintió en libertad de suponer que sus escrúpulos carecían de toda importancia.

Fenómenos similares a éstos son muy frecuentes en la vida social de todos los días. El individuo necesita confirmación de parte de otros, o el aplauso de un auditorio, en señal de perdón. El perdón externo cumple la misma finalidad que la seducción de otra persona para compartir la culpa.

El paciente arriba mencionado tenía una necesidad obsesiva de leer el periódico en voz alta. Sentía indignación ante los numerosos ejemplos de injusticia que había en el mundo, pero necesitaba de la compañía de otra persona que compartiera su indignación. La lectura en voz alta tenía el propósito de mitigar su sentimiento de culpa interno, y la aquiescencia del que escuchaba justificaba sus propias tendencias agresivas.

Muchas formas de exagerada necesidad de comunicarse con otros o de locuacidad compulsiva son variantes de la misma tendencia. Tienen su origen en una necesidad de lograr la aprobación de otras personas para algo que interiormente es sentido como cosa prohibida.

Por la provocación, la seducción, la propiciación y la confesión, las personas que rodean al individuo son arrastradas al conflicto entre el yo y el superyó, con la esperanza de obtener algún alivio. Gran parte de lo que recibe el nombre de relaciones de objeto, de hecho no son más que pseudo-relaciones de objeto, en las que el sujeto no abriga ningún sentimiento hacia el objeto como persona, sino que usa el objeto como instrumento para lograr alivio en un conflicto con su superyó.

¿Cabe hablar de algo así como una introyección de un sentimiento de culpa? A primera vista, esto parece imposible. Sin embargo, el sentimiento de culpa "tomado de prestado" (608, 1005), creado por identificación con otra persona de la que se supone que también se siente culpable, puede ser utilizado para apaciguar el sentimiento de culpa propio.

Hay, por cierto, muchas *formaciones reactivas* a los sentimientos de culpa. Hay gente que actúa de una manera extremada y provocativamente displicente y despreocupada, y que incluso se siente orgullosa de "carecer de escrúpulos de conciencia", y que termina por enterarse, mediante el análisis, de que su actitud requiere una cantidad ingente de contracatexis para mantener a raya graves sentimientos de culpa. Algunos caracteres impulsivos están sentando una protesta, mediante su conducta inescrupulosa, por la intensa presión que sienten de parte de un superyó sumamente severo.

De una manera menos evidente, esto puede ser el sentido inconsciente de ciertos síntomas compulsivos, cuyo significado es el de una rebelión contra el superyó y una acumulación de pruebas de inocencia.

El *aislamiento* de un sentimiento de culpa es un hecho que ocurre

con frecuencia en los neuróticos obsesivos; hacen las cosas sin ningún sentimiento de culpa, y luego experimentan, en otra ocasión, un exagerado sentimiento de culpa, sin percatarse de la relación entre uno y otro hecho (567). Los psicópatas impulsivos, del mismo modo, a quienes a menudo se considera carentes por completo de superyó (1603), revelan en el análisis haber aislado temporariamente las exigencias de su superyó, de tal manera que estas exigencias no actúan en el momento en que el "psicópata" está cediendo a sus impulsos (1266).

La *regresión* como defensa contra sentimientos de culpa puede observarse en el caso del masoquismo moral, donde la conciencia, que tiene su origen en el complejo de Edipo, es nuevamente sexualizada y utilizada como una ocasión de gratificación deformada de deseos edípicos (613). Hay también un tipo de regresión que actúa en algunos casos menos extremos, en que la reacción al superyó consiste en volver a adoptar, en algún acto transferencial, el mismo tipo de conducta que previamente fue mostrado frente a los padres, a objeto de lograr el perdón o el castigo.

En realidad, los conflictos defensivos son más complicados de lo que surge de esta descripción. Un conflicto aislado, entre un impulso particular y una particular angustia que se le opone, es cosa que raramente ocurre. Lo que se ve con más frecuencia son complejas y poderosas interacciones entre numerosos impulsos y numerosas angustias. Una lucha defensiva raras veces es conducida a un final exitoso por una determinada actividad defensiva. Las defensas pueden tener mayor o menor éxito. Pueden dar resultado en ciertas circunstancias y ser insuficientes en otras. Todas las pequeñas minucias de la vida diaria son percibidas o bien como tentaciones de impulsos reprimidos o como advertencias de posibles castigos, todo lo cual puede alterar nuevamente el equilibrio. Ciertas experiencias pueden provocar el retorno de lo que ha sido rechazado en la defensa, lo cual a su vez puede obligar a defensas contra las defensas. Hay formaciones reactivas contra formaciones reactivas. Surgen situaciones favorables a los impulsos censurables y contrarias a los mismos, de manera que se van creando muchas capas contradictorias. Pero estas capas no van disponiéndose de manera uniforme una sobre otra, sino que están llenas de fisuras. A lo largo del desarrollo del individuo actúan el progreso y la regresión. El cuadro real es confuso hasta que el psicoanálisis logra separar los diferentes planos en su orden histórico. Aquí sólo se ha ofrecido una descripción de los mecanismos aislados mediante los cuales se van estructurando los diferentes planos.

CAPÍTULO X

LOS SINTOMAS CLINICOS DIRECTOS DEL CONFLICTO NEUROTICO

CLASIFICACION DE LOS SINTOMAS CLINICOS DIRECTOS DEL CONFLICTO NEUROTICO

El conflicto neurótico todavía no es neurosis. Empero, la acción de este conflicto se manifiesta en ciertos fenómenos patológicos que a menudo, con todo, son llamados también neuróticos.

Los síntomas clínicos de los conflictos neuróticos son o bien expresión directa de la actividad de las fuerzas defensivas, es decir, manifestaciones de las *contracatexis*, o síntomas que surgen de la insuficiencia relativa del yo en el estado de estancamiento.

La actividad de las fuerzas defensivas puede manifestarse de diversas maneras. En primer lugar, las angustias y los sentimientos de culpa que motivan la defensa pueden ser conscientes como tales, si bien la persona no sabe qué es lo que produce su temor o le hace sentirse culpable. Las otras manifestaciones de las *contracatexis* difieren de acuerdo con el mecanismo de defensa utilizado. Los productos de la negación y la proyección se manifiestan como tales. La *introyección* se expresa en forma de identificación; la *represión* se manifiesta en las lagunas que presentan los pensamientos, sentimientos, recuerdos y patrones de conducta del paciente, o en la intensidad con que son mantenidas las formaciones sustitutivas. Las formaciones reactivas se delatan por su carácter rígido, lo que no impide, sin embargo, que sean a menudo perforadas; la *anulación* y el *aislamiento* forman ciertos síntomas compulsivos; la *regresión* transforma los deseos y la conducta de la personalidad. Pero todas las defensas patógenas estructuran *resistencias* contra toda tentativa de trabar su acción. Algunas de las manifestaciones de las defensas, al mismo tiempo, constituyen regularmente expresiones de las fuerzas rechazadas, y nos ocuparemos de ellas, en consecuencia, en los capítulos dedicados a la formación de síntomas, que figuran más adelante. Existe, no obstante, una manifestación pura de *contracatexis*, y son los casos de *evitación específica* y de *inhibición* de las funciones como consecuencia de una defensa contra estas funciones.

Los síntomas de la insuficiencia relativa del yo creados por el estado de estancamiento toman el nombre de síntomas neurótico-actuales, y son muy análogos a los síntomas de las neurosis traumáticas, ya que la disminución en la descarga, resultante del conflicto defensivo, crea la misma situación que es originada, por otro lado, por el aflujo incrementado de estímulos característico del trauma. Hay síntomas *negativos*, que consisten, en inhibiciones generales de las funciones del yo —cuyo origen puede hallarse en una disminución de la energía disponible, a causa de la energía consumida en la lucha defensiva—, y síntomas *positivos*, que consisten en sensaciones dolorosas de tensión y descargas de emergencia que representan tentativas de liberarse de la tensión —entre las que se cuentan las crisis emocionales de angustia y rabia— y que dan lugar a perturbaciones del sueño a causa de la imposibilidad de relajamiento (cfr. 41).

EVITACIONES E INHIBICIONES ESPECIFICAS

Las personas con *contracatexis* específicas evitan a menudo ciertas situaciones u objetos, o actividades o esferas de interés, o cualidades del sentimiento, unas veces sin darse cuenta de la evitación y otras veces con plena conciencia de ello. O bien, en lugar de una plena evitación, puede tratarse de una disminución de las funciones o de una falta específica de interés.

Algunas veces se trata simplemente de un "odio" sentido en forma consciente, hacia las esferas que son motivo de inhibición; otras veces lo que se siente es temor, o un sentimiento de embarazo al tener que enfrentarlas. Otras veces estas personas se imaginan que no tienen nada que objetar a tales esferas de actividad, pero no "sienten interés" en las mismas. También ocurre a veces que no se dan cuenta de la existencia de las evitaciones, pero hay en su vida psíquica soluciones de continuidad, que el análisis ha de poner al descubierto, obligando a las personas a encarar sus antipatías. Otras veces sucede que, si bien es de su gusto emprender las actividades "inhibidas", estas personas sienten la inhibición como una perturbación yo-distónica que se produce contra su voluntad. Una antipatía intensa a las fiestas de etiqueta, la timidez en casos de esta misma índole, una falta de interés por la música o una incapacidad de entenderla, un sentimiento de fatiga e impotencia allí donde otros sentirían rabia, y una impotencia sexual psicogénica, son ejemplos ilustrativos de las posibilidades que hemos enumerado. No resulta claro qué es lo que determina el tipo de inhibición en cada caso. Depende, en todo caso, en parte de la constitución y el pasado del individuo y en parte de circunstancias actuales de la economía libidinosa.

El análisis demuestra invariablemente que las situaciones específicamente rehuidas o las funciones inhibidas tienen un significado inconsciente (sexual o agresivo). Es contra este significado instintivo que está enderezada la defensa. Aquello que se rehuye es una alusión o bien a

una tentación para el impulso rechazado, o a un castigo temido, o a ambas cosas a la vez.

IMPOTENCIA Y FRIGIDEZ

El significado instintivo en el caso de funciones inhibidas resulta, por supuesto, manifiesto allí donde está comprendida la sexualidad. Las inhibiciones sexuales son los síntomas más frecuentes en toda clase de neurosis, y van desde una ligera timidez en la aproximación al sexo opuesto a una completa impotencia o frigidez. La inhibición puede presentarse como una antipatía que se siente por la actividad sexual o como una falta de interés en la misma. Esto puede suceder sin que el individuo se aperciba de ello en absoluto (tal el caso de la persona que cree que se debe a pura casualidad el no haber hallado un compañero o compañera, cuando en realidad ha estado evitando activamente la posibilidad del hallazgo), o bien se pone de manifiesto en forma de impotencia o de frigidez cuando la persona está anhelando conscientemente la satisfacción. La inhibición puede afectar totalmente la sexualidad, o bien abarcar tan sólo ciertos aspectos de la misma. Estos aspectos pueden ser, por ejemplo, tan sólo la sensualidad o la ternura, o bien solamente el hecho de sentir el orgasmo, o referirse solamente a ciertos tipos de *pertenaire* o a ciertos rasgos manifiestos al mismo tiempo y que se vinculan por asociación a experiencias infantiles causantes de temores sexuales. Las inhibiciones pueden producirse ya sea en todos los casos en que se dan las situaciones que motivaron los temores infantiles, o bien solamente en circunstancias especiales, como puede ser, por ejemplo, el hecho de faltar un determinado reaseguramiento, de carácter específico.

Puede darse el caso de que precisamente la inhibición manifiesta ofrezca a un determinado impulso inconsciente una vía torcida de desahogo. Las personas que temen inconscientemente lesionar a su *pertenaire* sexual pueden lesionarlo realmente a causa de su comportamiento inhibido. Una actitud receptivo-femenina, o bien masoquista, puede hallar su expresión en la impotencia de un hombre, o una actitud sádica expresarse en la frigidez de una mujer. Pero esto no es más que incidental. Esencialmente, la impotencia y la frigidez no son un retorno de lo reprimido sino una manifestación clínica y un baluarte de la defensa misma. La persona tiene la creencia inconsciente de que la actividad sexual es peligrosa, y la fuerza defensiva que reclama, en consecuencia, el rehuir el acto sexual es mantenida y asegurada mediante una actitud física de entorpecimiento de los reflejos fisiológicos. La impotencia es una alteración física que surge de una acción defensiva de parte del yo tendiente a evitar la realización de una actividad instintiva considerada como peligrosa. La parte del yo que realiza esta acción defensiva es, por supuesto, una parte inconsciente del mismo. Es la parte en que actúa la angustia de castración y que tiene a su disposición vías que escapan al control voluntario (448, 1474).

El yo renuncia al placer sexual allí donde existe la creencia de que este placer está vinculado a un intenso peligro. Por regla general, el peligro fundamental aquí implícito es la castración, es decir, un temor inspirado por la idea inconsciente de que el pene puede ser dañado mientras está en la vagina. El temor a la pérdida de amor es menos importante como causa de impotencia. Pero la angustia de castración puede complicarse con el temor a la propia excitación. La razón que hace creer que estos peligros están vinculados al coito es evidente: el temor estuvo vinculado en un tiempo a fines sexuales infantiles, estos fines sexuales infantiles fueron rechazados, y conservados, por consiguiente, en el inconsciente, de donde vuelven a surgir cada vez que se siente la excitación sexual. Dado que la persistencia de fines sexuales infantiles es uno de los rasgos característicos de la neurosis, las perturbaciones de la potencia son manifestaciones concurrentes infaltables en todas las neurosis.

El complejo nuclear de la sexualidad infantil es el complejo de Edipo. En los casos más sencillos y más típicos, la impotencia se basa en la persistencia de un vínculo sensual inconsciente con la madre. En un plano superficial, ningún vínculo sexual es completamente atractivo, a causa de que el partenaire no es nunca la madre; en un plano más profundo, todo vínculo sexual tiene que ser inhibido por cuanto todo partenaire representa a la madre (555).

Pero esto no es necesariamente aplicable a todos los casos. Existe el "complejo de Edipo completo" (608). El hombre que tiene una inconsciente orientación femenina puede estar rehuyendo la realización de sus funciones sexuales también por causa de la angustia, y la "identificación femenina" desempeña un papel importante en la psicogénesis de los casos más pertinaces de impotencia (1475). Esto no quiere decir que "la homosexualidad reprime la heterosexualidad", sino que los mismos factores que originan la homosexualidad en el hombre lo hacen también impotente frente a las mujeres.

El repudio de todos los otros fines sexuales infantiles temidos, es decir, de las fantasías pregenitales, puede conducir también, indudablemente, a la impotencia (111).

Existen todas las gradaciones en la impotencia, así como también innumerables variaciones en cuanto a frecuencia. Hay muchos hombres que no son constantemente impotentes, sino que sólo sufren fracasos ocasionalmente o manifiestan solamente una debilidad en la erección. Esta impotencia relativa representa una oportunidad especialmente favorable para el análisis de los temores inconscientes implícitos, analizando las ocasiones en que tal perturbación se presenta. Invariablemente surge del análisis que estas ocasiones tienden ya sea a reactivar ciertas tendencias infantiles particulares o a incrementar determinadas angustias infantiles.

Hay muchos hombres que son impotentes con una mujer determinada o con un tipo determinado de mujer, y no con otras. A menudo estos hombres aíslan la sensualidad de la ternura y son impotentes con la mujer que aman (572). Hay muchos hombres que ponen condiciones subjetivas

al amor, es decir, condiciones que sirven para aplacar las angustias inconscientes que se oponen al placer sexual. Estas condiciones pueden prescribir, por ejemplo, cómo ha de ser el tipo o la conducta que se espera del partenaire. Estas condiciones pueden variar desde una simple preferencia a una necesidad absoluta, que al no ser satisfecha significará una impotencia absoluta.

En el caso siguiente se verá un ejemplo típico de "condiciones para la potencia" con el significado de reaseguramiento contra temores infantiles. Un paciente sufrió su primer fracaso sexual hallándose en la cama, cubiertos él y su partenaire con una manta. Inmediatamente achacó el fracaso ocurrido a la manta. Y, en efecto, de ahí en adelante, se mostró potente todas las veces que estaba acostado sin manta, e impotente cuando se cubría con ella. Esto era una especie de claustrofobia. El paciente tenía una impresión de seguridad mientras tenía la sensación de mantener el control, y esta sensación sólo era posible mientras estuviera en condiciones de ver efectivamente lo que ocurría. El análisis demostró que cuando era niño acostumbraba masturbarse solamente cuando se hallaba cubierto por una manta, condición ésta que le aseguraba el no ser visto. Su situación actual en cuanto a potencia podía traducirse, por lo tanto, con los siguientes términos: "Lo que estoy haciendo aquí no es masturbación, no es lo que hacía cuando era niño y que inconscientemente todavía motiva mi temor".

Naturalmente —podría agregarse a esto— la sexualidad de este paciente era una mera necesidad narcisista de demostrar su potencia. Su intención era la de demostrar lo siguiente: "¡Mire usted cuán libre soy!" Tenía muchas amigas, pero ninguna relación profunda o tierna con ninguna de ellas. En un plano más profundo, la idea de no estar cubierto durante el coito tenía el significado de tener el camino expedito para la fuga.

Paradójicamente, las condiciones para la potencia parecen ser, a veces, más que un reaseguramiento contra aquello que fue temido en la infancia, una insistencia en los mismos hechos que alguna vez habían sido terribles. La idea subyacente es ésta: la potencia sólo es posible si el hombre se demuestra a sí mismo que ahora es capaz de enfrentar aquello que en un tiempo temía (actitud contrafóbica) (435).

La forma de impotencia conocida como *eyaculación precoz* constituye una perturbación más grave que la incapacidad de lograr la erección. En la eyaculación precoz, la intensidad y frecuencia del síntoma son también muy variables. Una duración relativamente corta del acto puede representar tan sólo una leve perturbación mientras que una eyaculación *ante portas* crónica es un trastorno grave. En los casos típicos, Abraham individualizó tres factores determinantes que son frecuentes y se complementan entre sí (14):

1. Una predominante orientación femenina, tal como en los casos graves de perturbaciones de la erección. Esta orientación puede reconocerse por la índole de la zona erógena predominante: el clímax de la excitación es sentido en la raíz del pene y en el perineo (o más exactamente, en la zona "femenina" del segmento prostático de la uretra) y no en el glande y el cuerpo del pene. Esta situación puede ser expresión de

una bisexualidad constitucionalmente intensa, pero también puede ser una reacción a una inhibición patogénica de la sexualidad fálica activa.

2. Una orientación sádica, que se esconde bajo una ostensible pasividad, y que tiene como objetivo ensuciar y lesionar a la mujer (la madre). Este sadismo es típicamente pregenital y su forma de ejecución anal-uretral. De hecho, la sexualidad prostática pasiva del hombre no puede estar aislada nunca de las tendencias uretrales y anales. Más adelante veremos que los casos de neurastenia crónica tienen como característica los intentos de utilizar el aparato genital para fines pregenitales (véase pág. 223); de hecho, la eyaculación precoz es un síntoma frecuente en estos últimos casos.

3. Un acrecentado erotismo uretral, que hace que el semen represente inconscientemente, para el individuo, lo mismo que significó para él la orina, cuando niño. Son también característicos de los casos crónicos de eyaculación precoz los sentimientos intensos de culpa por la masturbación, sentimientos que están en relación con los fines pregenitales y sádicos de esta masturbación. Los pacientes tratan de inhibir, en el síntoma, la expresión de estos fines censurables, los cuales encuentran, sin embargo, una expresión desfigurada (1530).

Los casos graves de eyaculación precoz pueden tener también su raíz en conflictos de índole eróticoanal. El paciente puede identificarse inconscientemente con una madre nutricia. Sus primitivos conflictos acerca del hecho de ser alimentado pueden haberse convertido en conflictos acerca de alimentar, los que encuentran una expresión deformada en la perturbación de la eyaculación.

Algunas formas benignas de eyaculación precoz se hallan más cercanas a la histeria, y la perturbación sólo se produce en forma ocasional. En estos casos benignos, la eyaculación no se hace en forma de chorro, sino de borbotones espasmódicos, y existen otros signos de que el desarrollo genital es completo. Esta forma genital de eyaculación precoz manifiesta un desplazamiento de la prohibición de masturbarse a la prohibición de tocar, y el síntoma significa: "no se debe tocar el pene". En estos casos genitales, el pronóstico es mucho más favorable que en los casos pregenitales cercanos a la neurastenia crónica (1267, 1268).

La *eyaculación retardada* participa más, por lo general, del carácter de un verdadero síntoma de conversión. Esta perturbación puede expresar temores inconscientes acerca de supuestos peligros vinculados a la eyaculación (castración, muerte), o bien tendencias anales (retención) u orales (negación del hecho de dar [108, 110], de carácter sádico o masoquista.

Mucho se ha escrito acerca de la *frigidez* femenina. Se han descrito satisfacciones que pueden estar ocultas en el síntoma, se ha subrayado el papel que desempeña en el caso de la sexualidad clitoridiana, e incluso se han buscado causas anatómicas para la frigidez (171). Pero no hay duda de que, en general, la frigidez es expresión de la inhibición de una experiencia sexual completa, inhibición arraigada en la angustia acerca del peligro que inconscientemente es asociado al logro cabal del objetivo

sexual, es decir, que se trata de una situación completamente análoga a la de la impotencia en el hombre (322, 796). La causa general de la frecuencia de los casos de frigidez —con sus diversos grados de intensidad— reside, sin lugar a dudas, en la educación de la niña, que logra crear un vínculo asociativo entre las ideas de "sexualidad" y "peligro".

También aquí se advierte que la gratificación de un fin sexual infantil, aún subsistente, es percibida como un peligro que debe ser evitado, ya sea como un peligro de ser lesionada o como un peligro de pérdida de amor, temores ambos que frecuentemente son percibidos como un temor a la propia excitación. Tal como en la impotencia, el grado de gravedad de la perturbación es muy variable. Hay mujeres que ocasionalmente no alcanzan un orgasmo vaginal completo, y otras que nunca logran tal orgasmo; pero sienten la excitación y pueden lograr un orgasmo en el clitoris. Hay mujeres que pueden ser excitadas, pero que nunca alcanzan un verdadero clímax, y otras que ocasionalmente no pueden ser de ningún modo excitadas. Finalmente, están los casos de frigidez total, en los que la erogeneidad genital se halla enteramente bloqueada. En estos casos, el "no sentir nada" expresa la idea siguiente: "no quiero tener nada que ver con ello", que es un caso especial del tipo general de defensa consistente en un extrañamiento del propio cuerpo. Este extrañamiento es el mismo que el de las perturbaciones sensoriales de la histeria.

Los fines sexuales infantiles "peligrosos" vinculados a la sexualidad en los casos de frigidez, son de índole más variable que los fines sexuales infantiles inconscientes en la impotencia masculina, debido al hecho de que la evolución sexual de la niña es más complicada que la del varón. Por supuesto, el complejo de Edipo tiene, una vez más, una importancia primordial. El goce sexual puede ser perturbado por comparaciones inconscientes entre el partenaire sexual y el padre, así como el hecho de pensar en la madre puede ser causa de impotencia en el hombre. Luego tenemos también la "identificación masculina". Pero la identificación masculina en la mujer y la identificación femenina en el hombre no son dos fenómenos meramente análogos. El hecho de la envidia del pene y el del prolongado vínculo preedípico con la madre ofrecen mayor oportunidad para la aparición de fijaciones y perturbaciones. Dado que los fines que corresponden a la fijación preedípica a la madre son en su mayor parte pregenitales, los temores relacionados con fines pregenitales constituyen, muy a menudo, causa de frigidez (626, 628). El temor de perder el control parece ocupar el primer plano. Muy a menudo nos encontramos con que la cosa terrible que puede ocurrir cuando se pierde el dominio en el momento culminante de la excitación es percibida inconscientemente como una pérdida de control de los esfínteres, y especialmente, en mujeres que presentan envidia del pene y un intenso erotismo uretral, como un acto involuntario de orinarse (421).

La identificación masculina se halla vinculada a otro hecho de gran importancia en la frigidez. Muchas mujeres frías lo son tan sólo en cuanto a la vagina. El clitoris ha conservado su excitabilidad normal, o

más que normal. Puesto que el clítoris constituye la zona erótica primaria en la genitalidad infantil femenina, este tipo de frigidez puede ser considerado como un caso de detención del desarrollo. La negativa del clítoris a transferir su primacía a la zona vaginal puede deberse a una angustia relacionada con la zona vaginal (lo cual es probablemente el factor decisivo), o bien puede deberse a un acrecentamiento especial de la erogeneidad clitoridiana, que puede ser o bien constitucional, o adquirida durante el período fálico. Este estado de cosas se complica más aún a causa de que la masturbación clitoridiana, ya mencionada —que es la causa de la fijación de la excitabilidad del clítoris—, sirve de vía de descarga no solamente a fantasías autoeróticas y masculinas, sino también a las fantasías sexuales definitivamente femeninas.

Del mismo modo que la impotencia, la frigidez puede dar ocasión, secundariamente, a una expresión deformada de impulsos inconscientes —impulsos masoquistas e incluso pulsiones sádicas activas (“vengarse del hombre”)—, pero decididamente, por sí solos, ni el masoquismo ni el odio pueden originar la frigidez. El único factor que puede ser decisivo es la *angustia* acerca de lo que podría ocurrir en el caso de ceder al impulso de sufrir o al impulso de odio. Lo rechazado puede, empero, volver y filtrarse a través de la defensa.

Entre el *vaginismo* y la frigidez hay la misma relación que entre formación reactiva y represión. No sólo se inhibe la excitación sexual, sino que se hace algo positivo a objeto de asegurar el mantenimiento de esta inhibición y de hacer que el coito resulte físicamente imposible. En los casos típicos de vaginismo se producen espasmos que imposibilitan la inserción del pene. Los casos de *penis captivus* constituyen el tema de muchas anécdotas, pero raramente se los encuentra en la literatura científica. Estas anécdotas se fundan más, probablemente, en temores masculinos de castración y en tendencias femeninas activas de castración que en hechos reales. El vaginismo, a menudo, no es una pura inhibición sino un síntoma de conversión positivo. En este caso, no sólo expresa la tendencia a ofrecer un obstáculo a la sexualidad, sino también un deseo inconsciente deformado. Este deseo puede ser la idea de arrancar el pene y quedarse con él; en otras palabras, el vaginismo puede ser una expresión del complejo de castración femenino (tipo vengativo) (20), o bien un espasmo del piso de la pelvis puede ser la expresión de un concepto anal de la envidia del pene: la idea de expeler o de retener un pene anal (1136).

Mientras que la impotencia del hombre es evidente, la frigidez femenina puede mantenerse oculta. Muchas mujeres que sienten su frigidez no como una virtud, sino como una forma de invalidez, mienten acerca de su estado. Diversas complicaciones secundarias y moldes neuróticos de reacción pueden surgir de esta negación del síntoma. La pérdida de la erección en el hombre no puede quedar oculta. Pero existen diversas maneras de disfrazar una impotencia relativa, de manera que pueden producirse complicaciones secundarias análogas también en el hombre. La complicación más frecuente de este tipo es un intento de sobrecompensar la inhibición sexual. Para encubrir una

inhibición originaria, tanto la mujer como el hombre pueden comportarse de una manera especialmente “hipersexual”. La necesidad narcisística de demostrar que no se es un hombre impotente o una mujer frígida, es causa frecuente de una conducta pseudosexual, vale decir, de una conducta sexual que no se debe principalmente, en forma directa, a una necesidad sexual, sino a una necesidad narcisística.

Las inhibiciones del coito no son necesariamente las únicas inhibiciones genitales. Otras funciones genitales pueden ser también inhibidas cuando representan impulsos censurables. Una resistencia psicogénica al embarazo puede influir desdichadamente, por cierto, en el curso de un embarazo y en el parto, más que nada, probablemente, actuando sobre las funciones musculares, pero también, en cierta medida, sobre las funciones de la circulación y el metabolismo (27, 302, 359, 816, 902, 1128, 1139^a, 1306). No hay seguridad acerca de si existe una inhibición psicogénica de la procreación, es decir, una esterilidad psicogénica. Algunos autores creen que sí, y el caso de las mujeres que, tras años de esterilidad, quedan embarazadas inmediatamente después de haber tomado la decisión de adoptar un niño (1210), hablan en favor de esta sospecha.

INHIBICION DE INSTINTOS PARCIALES

Hay otras inhibiciones específicas que no se producen directamente en el terreno sexual sino en aquellas funciones que tuvieron un significado sexual en la infancia. En el caso de la impotencia y la frigidez, la vinculación entre los temores y sentimientos de culpa que originaron la defensa —y con ello la inhibición—, por un lado, y por otro lado las sensaciones de la excitación sexual, ha sido tan estrecha, que aquellos temores y sentimientos fueron trasladados de las funciones sexuales infantiles a las adultas al ser trasladada, en el mismo sentido, la excitación. En las inhibiciones que corresponden a la represión de un componente instintivo particular son las mismas funciones infantiles las que quedan inhibidas (618).

Quando los impulsos orales han sido objeto de represiones específicas, es frecuente que se produzca una inhibición en la comida, o una inhibición en cuanto a comer ciertas clases de alimentos que recuerdan inconscientemente los objetos que fueron motivo del deseo de las pulsiones erótico-orales reprimidas. Las inhibiciones se extienden, una vez más, desde el odio a tales alimentos o la falta general de interés o de goce en la alimentación, hasta el vómito histérico o los espasmos de la mandíbula (384, 1106, 1574). Las inhibiciones orales pueden desplazarse a otras actividades que encierran un oculto significado oral, tales como la bebida o el hecho de fumar, las actividades sociales o la lectura (1512).

Cierto es que los niños que se niegan a comer pueden hacerlo como expresión de ciertos sentimientos negativos hacia los padres (o los sustitutos de los padres). Pero cuanto más se concentran exclusivamente en la comida estas protestas, tanto más probable será que tengan como base un

conflicto oral específico, y que la defensa no esté dirigida solamente contra los objetos frustradores, sino también contra los impulsos orales. Esta defensa resulta especialmente notoria si las pulsiones orales, luego de la frustración, han adquirido un carácter sádico.

La oralidad, como el más antiguo de los campos de los conflictos instintivos, puede ser utilizada más tarde para la expresión de cualquier otro conflicto instintivo, especialmente cuando las experiencias de la infancia han dejado como sedimento una fijación oral que facilita el desplazamiento de las frustraciones ulteriores (escenas primarias, nacimiento de hermanitos) a los conflictos orales. Todo conflicto entre actitud activa y receptividad puede tener como consecuencia perturbaciones de la comida. Dado que los mismos padres que han tenido dificultades en la tarea de ayudar a sus hijos a conseguir una adaptación satisfactoria en el plano oral, tienen nuevamente dificultades, habitualmente, cuando se trata de enseñarles los hábitos higiénicos, y como en cuanto se refiere a frustraciones anales, además, se hace especial hincapié en la prohibición de llevar las heces a la boca, se comprende que también los conflictos anales, en los niños, puedan hallar su expresión en inhibiciones orales, inhibiciones de la comida (1489), así como también en inhibiciones del habla (291, 292, 708) (véase págs. 353 y sigs.). Cuando un rechazo de la comida tiene carácter especialmente obstinado (con el sentido primario de esta actitud: "no quiero dejarme controlar; yo como cuando quiero y lo que quiero"), se puede asignar a los componentes anales implicados en el caso una importancia capital.

En la esfera genital, el comer tiene habitualmente el significado inconsciente de "quedar embarazado", y esta equiparación también puede originar diversas inhibiciones en la comida. Dado que un elevado porcentaje de todas las teorías sobre el embarazo se basan en la creencia de que la mujer se come el pene del hombre, los complejos de castración femeninos del tipo vengativo (20), cuando son inhibidos, también pueden originar inhibiciones en la comida.

Los alimentos específicamente detestados tienen el significado simbólico inconsciente de leche, pecho, pene o heces (126). Pero un rechazo de alimento no significa necesariamente una represión del anhelo de comer. Un alimento específico puede ser rechazado porque no es el alimento deseado: "No quiero este alimento sino tal otro", o bien: "No quiero alimento sino amor (o un pene, o un niño)". En tal caso no se trata de la negativa a un impulso, sino a aceptar un sustituto (24).

Puede haber una racionalización o una idealización secundaria de tabús específicos de la comida (véase págs. 542 y sig.). Se puede considerar una crueldad el comer animales, o que es sucio o antihigiénico el comer tal o cual cosa. Hay racionalizaciones de esta índole que son sugeridas a menudo por las teorías modernas de la alimentación, que tienden a prohibir los placeres sexuales ingenuos de la comida y a vincular el hecho de comer a la esfera del superyó. No debes comer lo que es bueno sino "lo que es bueno para ti" (1111).

Cuando, posteriormente, un tabú de la comida no es ni racionalizado

ni fijado en conversiones yo-distónicas tales como el vómito o los espasmos de la mandíbula, sino que se transforma en núcleo de una conducta patológica más o menos yo-sintónica, tenemos lo que se llama una anorexia nerviosa. Por lo general, el origen de la anorexia puede encontrarse en perturbaciones de la comida de la época infantil, que se actualizan nuevamente bajo el imperio de determinadas circunstancias de orden económico-libidinoso (1324). Tal como las perturbaciones de la época infantil, las anorexias posteriores pueden ser también de diverso significado dinámico. Puede tratarse de un simple síntoma histérico que expresa el temor a un embarazo percibido oralmente o el temor a deseos inconscientes de índole sádica. Puede formar parte de una formación reactiva ascética, en una neurosis obsesiva. Puede ser un equivalente de afecto en una depresión, en la que el síntoma de rehusar la comida puede hacer su aparición antes de producirse otros signos de depresión. Puede ser signo de un rechazo de todo contacto con el mundo objetual en una esquizofrenia incipiente.

Hay, sin embargo, otras dos cosas en que se piensa principalmente cuando se habla de anorexia. La primera de ellas es una órgano-neurosis en que existe una correlación entre conflictos psíquicos de índole oral y metabolismo hormonal, influenciándose mutuamente y dando por resultado una pérdida total del apetito y una pérdida de peso (1121, 1555) (véase pág. 379). La otra cosa en que se piensa es una grave perturbación psicogénica del desarrollo del yo, en la cual la anorexia constituye tan sólo uno de los síntomas, en una persona fijada oralmente, de una perturbación general de todas las relaciones de objeto.

Una paciente de Eissler (361) no había pasado una etapa sumamente arcaica del desarrollo del yo. La madre "continuaba siendo la parte más importante del yo de la paciente". El rechazo de alimento representaba el anhelo de una gratificación primaria, aún indiferenciada, por la madre y una deformación sádica del alimento a causa de la frustración. La falta total de ternura y de apego físico de parte de la madre, había creado en la paciente una grave perturbación en la estructura de su imagen corporal. Lorand tuvo un caso que presentaba una perturbación análoga (1082).

Dado que una represión puede manifestarse tanto en una inhibición como en la exageración compensatoria de una tendencia opuesta, los estados antitéticos de "anorexia" y "anhelo vehemente (patológico) de alimento" (bulimia) son afines entre sí, por lo menos en el mismo sentido en que son afines entre sí la melancolía y la manía. Por lo general se registran inhibiciones en la comida en la historia infantil de pacientes que luego son adictos a la comida.

Las represiones del erotismo anal crean inhibiciones anales específicas, ya sea inhibiciones de las funciones fisiológicas, tales como la constipación (que pueden dar lugar, al mismo tiempo, a descargas deformadas de pulsiones sádicoanales), o bien una pudibundez anal o un afán de limpieza de tipo reactivo. Las inhibiciones de este tipo, una vez más pueden presentarse combinadas con un interés obsesivo sustitutivo por asuntos de índole anal en otro plano (21, 883, 1143).

Lady in the Dark, la novela de Moss Hart, ha popularizado el caso de las represiones específicas del exhibicionismo, mostrando cómo éstas pue-

den dar lugar a inhibiciones sociales específicas, que ocasionalmente pueden ser decisivas para la vida ulterior del individuo (745).

Cuando la escoptofilia es reprimida aparecen en primer plano inhibiciones en el mirar (571). En casos extremos, éstas pueden extenderse a tal punto que la persona se vuelve realmente incapaz de mirar las cosas y se reduce a vivir en un mundo de puras abstracciones. En casos menos graves, el paciente puede apartarse solamente de la vista de cierta clase especial de objetos, por ejemplo, de las cosas que le recuerdan hechos que alguna vez le provocaron angustia de castración (8). A menudo la vista de cosas atemorizantes da lugar directamente a ulteriores inhibiciones en el mirar, así como los sonidos atemorizantes son causa de ulteriores inhibiciones del oído.

El miedo, como es sabido, tiene un efecto paralizante. Las inhibiciones en el terreno de la motilidad pueden significar "tengo miedo". Muy frecuentemente significan "estoy paralizado por la vista de algo que asusta", es decir, por la vista de algo que le enfrenta a uno con una posibilidad de castración o de muerte. Mitos y cuentos de hadas, sueños y síntomas neuróticos, exhiben el tema de la petrificación como el castigo específico de todo interés escoptofílico (296, 500). "Piedra" quiere decir "inmovilidad", y este castigo representa la sensación corporal de las inhibiciones motoras provocadas por el miedo. Puede ser al mismo tiempo una anticipación de la muerte o de la castración (430).

INHIBICION DE LA AGRESIVIDAD

Sea que la agresividad se considere como una clase de exigencias instintivas aparte o como la manera en que ciertas personas —frustradas, o fijadas pregenitalmente— tratan de abordar la realización de sus fines instintivos, no hay duda de que existen diversas y frecuentes inhibiciones de la agresividad, que se deben, de todos modos, a angustias y sentimientos de culpa, en personas que han reprimido sus tendencias agresivas o sádicas (y masoquistas). Pertenecen a esta clase la bondad y la cortesía reactivas típicas de los neuróticos obsesivos. A menudo estas personas evitan toda clase de discusiones y reaccionan con un "derrumbe" a la cesación de ciertas circunstancias que representan, inconscientemente, la seguridad de que todo está transcurriendo pacíficamente. En muchas personas se producen inhibiciones sexuales a causa de que la excitación y la rabia, en su caso, terminan por hallarse estrechamente entrelazadas. Esto sucede cuando las frustraciones de la sexualidad infantil han conducido a un intenso anhelo de venganza destructiva, anhelo cuya intromisión en todas las excitaciones es ahora justamente temida. Más de una "inhibición profesional" resulta ser en realidad una inhibición de la agresividad, ya que la agresividad, en las circunstancias imperantes en nuestra cultura, es necesaria para hacer una buena carrera. Literalmente, o afectivamente, estas personas se retraen del mundo, porque para ellos es un mundo lleno de crímenes, que les tocaría sufrir o a su vez realizar. La pasividad así creada puede, a su vez, ya sea sexualizarse (produ-

ciéndose una intensificación de la homosexualidad pasiva o de la receptividad oral, dirigidas a mantener a raya una agresividad temida), o bien ser sobrecompensada con una capa de agresividad contrafóbica, espasmódica y falsa*.

Un paciente emocionalmente muy frío, que durante muchos meses de análisis no hizo más que ocuparse, en forma monótona, de asuntos aparentemente indiferentes, consideraba que toda agresión es "ininteligente", y menospreciaba su profesión, de índole técnica, porque —según decía— todas las invenciones técnicas eran indebidamente utilizadas para la actividad bélica y él no estaba dispuesto a favorecer tales designios. Pero en sus asociaciones, durante el análisis, no pasaban dos minutos sin que hiciera objeto de duras críticas a las instituciones convencionales o a la conducta de otras personas. La crítica de carácter intelectual era, en efecto, el único tema de sus asociaciones. De esta manera los impulsos rechazados, para usar la expresión de Freud, "se abrían paso violentamente por todos los poros" (553).

Otro paciente emocionalmente paralizado, que habitualmente derivaba todas sus agresiones hacia sí mismo y que era incapaz de hacer daño a una mosca, dejaba agravar sus síntomas al extremo de ceder completamente a todas las compulsiones, así fueran las más leves. A guisa de autojustificación, decía: "Quiero ver si el analista es capaz de eliminar mis síntomas si yo no quiero que lo haga". De esta manera falseaba la situación analítica transformándola en un combate, es decir, en aquello mismo que aparentemente estaba tratando de evitar.

Las personas con un odio intenso y reprimido pueden percibir toda forma de actividad como agresión. En los casos graves, en consecuencia, se produce un bloqueo total de la actividad (469). "Las inhibiciones específicas de la agresividad" pierden, en ese caso, su especificidad, transformándose más bien en casos de inhibición generalizada.

Los contenidos de temores inconscientes pueden conducir también a inhibiciones definidas: una persona que se rige por el temor a la pérdida de amor tendrá que evitar todo aquello que pueda acrecentar el peligro de no ser amado, creando de ese modo inhibiciones sociales definidas, en relación con esta dependencia social. Una persona que teme a su propia excitación bloqueará todas las actividades que puedan dar origen a un incremento de su excitación. Y por último —aunque no último en orden de importancia— una persona con angustia de castración creará inhibiciones específicas en consonancia con la forma específica de su angustia de castración. Así, por ejemplo, una persona que ha sentido miedo, siendo niño, a las tijeras de un sastre, puede adquirir una inhibición en lo que respecta a visitar al sastre, y en determinado momento volverse negligente en su apariencia externa.

INHIBICION DE FUNCIONES SEXUALIZADAS

Las mismas inhibiciones que afectaban a las funciones sexuales en los casos que hemos visto hasta ahora pueden verse en toda función que haya

* Traducimos así *cramped*. (T.)

sido sexualizada en virtud de un desplazamiento previo. Con referencia a este proceso, decía Freud: "Hemos adelantado en la manera de plantearnos esta situación, y comprendemos ahora que la función yoica de un órgano se ve afectada cada vez que aumenta la erogeneidad de este órgano, es decir, su significación sexual. Yo diría —si se me permite una comparación un poco ordinaria— que el órgano se conduce como una cocinera que no quiere trabajar más en la cocina porque tiene una aventura amorosa con el dueño de casa. Cuando el acto de escribir, que consiste en dejar correr, sobre un pedazo de papel, tinta que sale de un tubo o cañón, adquiere el significado de un coito, y cuando el acto de caminar se convierte en sustituto simbólico de estar hollando el cuerpo de la Madre Tierra, ambos actos —el de escribir y el de caminar— deben ser interrumpidos, porque es como si su realización significara llevar a cabo estos actos prohibidos de índole sexual. El yo renuncia entonces a tales funciones, a objeto de evitar la necesidad de emprender nuevas represiones" (618).

Visto este proceso más de cerca, se advierte que en realidad las inhibiciones de este tipo tienen un origen doble, sólo que prácticamente resulta difícil distinguir entre los dos fenómenos a que aludimos con esto. La sexualización de una función conduce a una inhibición, ya sea porque el yo se esfuerza por lograr un placer sexualizado, o porque lo bloquea. En algunos casos puede ser de mucha importancia el llegar a establecer si el yo está funcionando pobremente a causa de que está procurando el logro de una gratificación sexual, en lugar de realizar su función no sexual, o porque está interrumpiendo, a causa de la angustia, la función sexualizada.

Todas las funciones del yo presuponen una superación de la fase del principio de placer, en la que habían sido utilizadas al servicio de la tarea de procurar directamente el placer. La "sexualización" de una función del yo es también, por lo tanto, un fracaso en la "desexualización". Müller-Braunschweig expuso la teoría de que el proceso que conduce al niño pequeño al descubrimiento de sus propios órganos y de las funciones de los mismos tiene un íntimo parecido con el proceso de la identificación (1162, 1163). Al ser controlada una excitación, la función controlada se transforma en parte del yo y es, con ello, desexualizada. Queda instaurada, de este modo, la función yoica del órgano, y toda regresión al uso autoerótico de éste lesiona dicha función. El artista ha sublimado su impulso de embadurnar mediante una especie de identificación con la actividad de embadurnar; el pseudo artista que todavía (o nuevamente) busca un placer sexual directo en la acción de embadurnar perjudica su capacidad artística.

Las perturbaciones de las funciones que sirvieron para la coerción de la sexualidad pueden convertirse gradualmente en ocultas gratificaciones sustitutivas; pero estos casos ya no deben ser considerados como estados puramente inhibidos sino como conversiones.

Así como todo órgano puede servir de zona erógena, toda función puede llegar a ser víctima de una inhibición. Es imposible, por eso, enumerar todos los tipos posibles de inhibición. Nos ocuparemos de unos pocos tipos que son de importancia clínica.

Debemos mencionar, ante todo, las inhibiciones sociales, que consisten en una timidez general que puede manifestarse en el temor de ruborizarse o en el síntoma de conversión que es el acto de ruborizarse (eritrofobia). En los casos graves, la inhibición puede llegar a tal extremo que la persona se retrae de todo contacto social. Estos pacientes se adelantan hasta tal punto a las críticas posibles, que resulta difícil distinguirlas de las personas con tendencias paranoicas. Los casos menos graves se hallan dominados inconscientemente por el temor de (y al deseo de) que sea descubierta su actividad masturbatoria o bien por sus tendencias sexuales (escoptofílicas) agresivas (118, 356, 405).

Merecen ser especialmente destacadas ciertas inhibiciones corporales, tanto en la esfera motora como en la sensorial. Las inhibiciones motoras incluyen no solamente signos tan groseros como la abasia histérica o la torpeza física, sino también los matices más leves de falta de habilidad y los actos motores involuntarios, e incluso los tan frecuentes espasmos musculares locales y las rigideces de las personas normales y de los neuróticos. Pero las inhibiciones motoras no tienen que manifestarse necesariamente en fenómenos hipertónicos, sino que pueden aparecer también como una flojedad muscular leve e hipotónica, que excluye la posibilidad de un funcionamiento rápido y preciso (véase pág. 284). Entre las perturbaciones inhibitorias sensoriales están las sensaciones de extrañamiento físico y todo el dominio de las inhibiciones que se relacionan con las percepciones internas, que por lo común se hallan íntimamente asociadas a disfunciones motoras. La inhibición sensorial (insuficiencia en la toma de conciencia del propio cuerpo) produce perturbaciones motoras secundarias (410).

Además de las inhibiciones físicas existen las inhibiciones psíquicas. Un apreciable porcentaje de los casos denominados de debilidad mental resultan ser casos de pseudo debilidad, condicionados por la inhibición (103, 173, 393, 842, 957, 1019, 1020, 1099, 1192, 1403). La existencia del mecanismo de la inhibición intelectual puede ser estudiada en cualquier sesión de psicoanálisis caracterizada por la resistencia. Toda inteligencia comienza a presentar señales de debilidad cuando contra ella trabajan motivos de carácter afectivo. Los analistas hablan, chanceándose, de "demencia leve por resistencia".

La gente se pone tonta *ad hoc*, es decir, cuando *no quiere* comprender, allí donde la comprensión puede producir angustia (de castración) o sentimiento de culpa, o poner en peligro un equilibrio neurótico establecido. En realidad, las interpretaciones psicoanalíticas no son más que intentos de dar al paciente una visión más clara o de demostrarle ciertas vinculaciones cuando las resistencias dificultan su capacidad espontánea de comprensión.

Dos son las razones principales por las cuales un yo puede ser inducido a mantener constantemente en estado latente su inteligencia.

1. Una represión de la curiosidad sexual puede bloquear el interés normal de conocer y de pensar (561). A menudo la curiosidad sexual inhibida está en relación con una intensa escoptofilia inconsciente (103) o se halla

íntimamente ligada a impulsos sádicos (1097, 1397). La "estolidez" consiguiente puede representar a la vez una obediencia y una rebelión contra los padres, quienes han hecho objeto al paciente de frustraciones de su curiosidad (174, 519). La comprensión de la relación genética entre el impulso de conocer y el placer oral, o más tarde, el placer de agarrar con la mano, y más tarde aún, el control anal (294, 461, 1059, 1405), hace comprender más fácilmente por qué desempeñan un papel tan importante en las inhibiciones intelectuales las represiones orales, manuales y anales. (Estas últimas se manifiestan en forma de constipación mental") (393, 1403). La estolidez, que en forma manifiesta expresa la inhibición de la curiosidad, puede ser utilizada inconscientemente, de diversas maneras, para satisfacer esa misma curiosidad, al procurar la posibilidad de presenciar escenas que serían mantenidas en secreto tratándose de niños "menos tontos" (1099).

2. Exactamente tal como ocurre en las otras inhibiciones, las funciones intelectuales inhibidas pueden haber sido sexualizadas en un sentido mucho más estricto. La función de pensar puede ser equiparada, de hecho, a las funciones sexuales, así en el hombre como en la mujer. Su inhibición, en tal caso, tiene el significado de castración (o el de evitar la castración) (1192). La sexualización de la función de pensar tiene siempre connotaciones anales especiales.

Se han hecho estudios sobre una cantidad de perturbaciones específicas de la inteligencia, tales como el fracaso de los niños en ciertas materias de estudio, en la escuela, o su incapacidad o su resistencia a estudiar ciertas cosas. El estudio analítico de estos casos corrobora lo que se ha dicho acerca de las inhibiciones en general. Quedó demostrado en tales casos que ya sea la materia en cuestión, o algo asociado al primer aprendizaje de la materia, o bien la personalidad del maestro y su manera de enseñar, o un detalle fortuito que nada tenía que ver, en esencia, con la materia propiamente dicha —un determinado número, por ejemplo, si se trata de matemáticas, o una letra cualquiera, si se trata de lectura o escritura— han sido asociados a conflictos fundamentales en torno a la sexualidad infantil (909, 1067, 1068, 1227, 1234, 1257, 1360, 1528, 1543, 1639, 1641, 1644, 1645 y otros).

Vinculadas estrechamente a la inhibición de pensar, están las inhibiciones del habla, que van desde el mutismo hístico y el tartamudeo a la inseguridad en la forma de expresarse o en la elección de las palabras. Las deficiencias del habla, a veces, aparecen solamente en determinadas ocasiones o en presencia de ciertas personas, caso en el cual son las situaciones o personas en cuestión las que han provocado la reactivación de viejos conflictos inconscientes. Dada la estrecha relación entre pensar y hablar, las circunstancias que provocan dificultades del habla son enteramente análogas a las que dan lugar a las inhibiciones del pensamiento.

Las inhibiciones psíquicas no se limitan a la esfera del intelecto. También existen inhibiciones en las esferas de las emociones y de la voluntad. Tal como en el caso de la estupidez psicogénica, hay también personas que son psicogénicamente frías y carentes de afectos, o bien indecisas y débiles. A causa de que sus emociones se hallan vinculadas a conflictos instintivos,

estas personas inhiben su vida emocional a efecto de evitar los conflictos, o bien desplazan los conflictos inconscientes y se sienten, por eso, en disposición contradictoria frente a toda manifestación de la propia voluntad. Estas personas pueden sobrecompensar su falta de madurez emocional con un desarrollo intenso de su vida intelectual. Hay también una verdadera represión de la vida afectiva, una especie de negativa a toda relación directa y afectuosa con personas y cosas, una frigidez generalizada, por así decir. Tales intentos de bloquear toda clase de sentimientos puede tener éxito o no tenerlo. Algunas veces se producen, en estas personas, raptos emocionales explosivos, en ciertas circunstancias excepcionales, o en sueños (véase pág. 476 y sigs.). El extrañamiento de los propios sentimientos, característico de los neuróticos obsesivos, es generalmente producto de un largo proceso de desarrollo. A veces, sin embargo, una frigidez generalizada puede tener su origen en una escena traumática específica tan cargada de emoción que, de ahí en adelante, el sujeto siente temor a toda clase de emociones. También los fenómenos de despersonalización se hallan vinculados, en cierta medida, a esta clase de reacciones. Son inhibiciones de determinados sentimientos o de otras percepciones internas, caracterizadas por contractexis que aparecen bajo forma de autoobservación acentuada.

Las inhibiciones en la esfera de la voluntad actúan en personas que evitan tomar por sí mismas cualquier clase de decisión. Esta perturbación puede formar parte de una tendencia obsesiva a dudar de todo y a prepararse para la acción en vez de actuar, tendencias que, en ciertos casos graves, puede conducir a una "parálisis de la voluntad" de efectos desastrosos (109, 567). Puede deberse asimismo a una deficiencia de las funciones del superyó. Tiene lugar una renuncia a la capacidad de la voluntad, y la adopción de decisiones es cedida a otros por miedo a la agresión o por una necesidad de aprobación externa (803) (véase pág. 580). Conflictos con los objetos, de diversa índole, pueden hallar asimismo expresión en una incapacidad de decisión, de carácter neurótico (115).

Es muy probable que cierta proporción de "falta de talento" se deba no a una verdadera ausencia de aptitud (772), sino a una inhibición psicogénica especial. Esto parece ser cierto aplicado a muchas de las personas consideradas refractarias a la música. En el curso del análisis, muchas de estas personas terminan por admitir que la música no les es, en realidad, una cosa indiferente sino desagradable. Se echa de ver luego que este sentimiento de desagrado se halla vinculado a su sexualidad infantil reprimida (125, 845). El mismo punto de vista se aplica a las personas con inhibiciones en materia de pintura, e incluso a algunos casos de ceguera de los colores y sordera de los tonos (1505).

Otras inhibiciones específicas tienen un origen aún más complicado que los ejemplos que hasta aquí hemos expuesto. Ciertas personas que tienen un sentimiento de culpa particularmente intenso, que se remonta a sus conflictos sexuales de la infancia, padecen de una necesidad persistente de pagar una deuda a su conciencia (618). El ejemplo más extremo lo constituyen los tipos de personalidad que Freud denominó "los arruinados por el éxito"

(592), el "criminal por sentimiento de culpa" (592) y los "masoquistas morales" (613). Estos individuos parecen tener la sensación de que no deben aprovechar las aptitudes o las ventajas que poseen como dote natural o por su carácter, e inhiben aquellas funciones que pueden conducirles al éxito. Sus inhibiciones gratifican las exigencias que el superyó hace a su yo.

Freud llamó la atención repetidas veces sobre el hecho de que una de las dificultades mayores del psicoanálisis es la de dominar un grave sentimiento inconsciente de culpa (613, 629). Existen, sin embargo, casos más accesibles al tratamiento, en los cuales el paciente no se doblega de manera tan completa a su yo como para llenar toda su vida de desastrosas inhibiciones, pero inhibe, en cambio, una o dos funciones específicas. A esta categoría pertenecen un considerable número de las llamadas neurosis profesionales, tales como el calambre de los escritores o el calambre de los violinistas (352, 867).

La "inhibición profesional" no constituye, por supuesto, una entidad psicológica. Se produce siempre que la ocupación de una persona requiere la realización de actos que han llegado a ser objeto de inhibición. Todos los tipos de inhibición, por lo tanto, pueden dar base a inhibiciones profesionales (952, 1318). Vale la pena, sin embargo, mencionar cuatro cosas:

1. El trabajo, en las actuales condiciones de vida, es la base de la independencia y el éxito. De manera que todos los conflictos que giran alrededor de la dependencia e independencia (oralidad) y de la ambición pueden presentarse en forma de inhibiciones en el trabajo. Esto explica por qué las inhibiciones profesionales representan, a menudo, el tipo de inhibición propio del superyó.

2. En las condiciones de vida actuales, los niños adquieren su primera noción del trabajo, a menudo, bajo el aspecto de un "deber" exigido por las personas revestidas de autoridad, y como algo opuesto al "placer". Todos los conflictos acerca de las personas de autoridad, todas las luchas entre rebelión y obediencia, por eso, pueden hallar su expresión en las actitudes con respecto al trabajo.

3. Las ideologías modernas facilitan, a aquellos que tratan de reprimir sus exigencias instintivas, la oportunidad de hacerlo convirtiéndose en trabajadores relativamente incansables, en "robots", por así decirlo, que no hallan ningún placer en el trabajo, pero que se sienten impelidos a trabajar ininterrumpidamente ("tipo reactivo de trabajo") (véase pág. 604). Si los impulsos reprimidos se rebelan, la rebelión toma forzosamente la forma de una perturbación en la aptitud para el trabajo.

4. El concepto de "inhibición profesional" se halla vinculado a menudo al de "perturbaciones neuróticas de la atención y la concentración". Estas perturbaciones no son específicas, sino síntomas generales del estado de estancamiento.

En otros casos las esferas inhibidas se hallan más circunscritas aún. Ciertas situaciones, tales como los espacios abiertos o los lugares altos, son evitadas a causa de su vinculación con los conflictos instintivos. De estas lobbias nos ocuparemos en el capítulo próximo.

Todo impulso instintivo de carácter prohibido, ya sea un impulso sensual, hostil o de ternura, se esfuerza por expresarse en actos, tratando de establecer contacto con los objetos. Cualquiera de ellos, por lo tanto, puede conducir a una inhibición general de la actividad motora. Las inhibiciones en el juego que presentan ciertos niños representan una inhibición de impulsos sexuales u hostiles que habrían hallado expresión en el juego. El repudio de ciertos dominios íntegros de actividad resulta ser, a menudo, una inhibición generalizada de la masturbación. Las inhibiciones sociales pueden tener su origen, a veces, en las fantasías creadas por el niño acerca de las relaciones sociales de los adultos. Las inhibiciones de la captación intelectual pueden representar inhibiciones de las percepciones sexuales, tales como, por ejemplo, el reconocimiento de la diferencia entre los sexos (174). Algunas personas se sienten inhibidas cuando tienen que saludar a la gente o mostrar cualquier otro género de afabilidad social. El origen de esta inhibición está en una ambivalencia inconsciente (594, 1290).

Toda persona experimenta ciertas funciones o situaciones como "desagradables", sin motivo racional; vale decir, toda persona se siente levemente inhibida en uno u otro terreno. Y toda persona se priva, por motivo de sus inhibiciones, de una u otra forma de experiencia que normalmente le correspondería. Muchos son los pacientes que, al finalizar su análisis, afirman haber alcanzado un nuevo sentimiento de la plenitud de la vida. Este nuevo sentimiento se debe probablemente no sólo a que estos pacientes se han visto aliviados de la necesidad de gastar gran cantidad de energías en las represiones y la formación de síntomas, sino también a que se han hecho nuevamente accesibles aquellas aptitudes vivenciales que antes fueron reprimidas. Pero la eliminación de una inhibición de esta índole no es de ningún modo tarea fácil. Cuanto más antigua y más arraigada es una inhibición, tanto más difícil será hacerla desaparecer. El psicoanálisis de niños se halla, para ello, en mejor posición que el de adultos. Puede impedir que las inhibiciones arraiguen profundamente en la personalidad, y actuar de esta manera como un factor profiláctico.

Algunas inhibiciones llenan debidamente su cometido. Evitando o inhibiendo la función en cuestión, la reactivación de los viejos y temidos conflictos es también evitada. La mayor parte de las inhibiciones, sin embargo, a causa del hecho de que lo reprimido tiende a volver de la represión y a crear derivados, adquieren una estructura bastante intrincada. Las inhibiciones, mediante un desplazamiento de su energía, pueden extenderse a dominios colindantes, o dar nacimiento a un "sustituto" portador de una elevada catexis. La persona da la impresión, en ese caso, de ser un tanto exagerada en un aspecto o en otro, y el análisis revela que el terreno de la exageración representa un sustituto de algo ausente.

Hay otros casos aún en que se producen complicadas adaptaciones secundarias de la personalidad a la inhibición, negaciones y formaciones reactivas contra estas adaptaciones y al mismo tiempo sobrecompensaciones de la mismas (véase capítulo XX).

En resumen, la relación entre el concepto de "inhibición" y los de "represión" o "defensa patógena" puede establecerse del siguiente modo: Los estados de inhibición son síntomas clínicos de la existencia de la represión o de otras defensas patógenas.

NEUROSIS ACTUALES. SINTOMAS DE INHIBICIONES NO ESPECIFICAS

Todo mecanismo de defensa que hace uso de una contracatexis necesariamente origina cierto empobrecimiento de la personalidad. El paciente se ve obligado a estériles medidas de defensa, empobreciéndose así en las actividades racionales de la vida. Consecuencia de esto son las múltiples inhibiciones de las funciones del yo y una fatiga crónica, o por lo menos una propensión al cansancio.

Esta fatiga crónica es indudablemente de carácter físico y se debe probablemente a una alteración de las actitudes musculares en los estados de "stress" (1523). Es muy interesante el hecho comprobado por la investigación fisiológica de que el grado de fatiga no se halla en relación directa del evidente "stress" muscular, sino que depende del estado mental en que fue realizada la tarea. Las personas en conflicto tienden a cansarse más pronto que las personas que tienen su mente libre. Pero queda en pie el problema acerca de cómo los conflictos producen la alteración química que constituyen la base de la fatiga (aumento de ácido láctico en los músculos y descenso del tenor de glucosa en la sangre). Probablemente sea mediante un cambio en el comportamiento muscular de la persona.

El darse cuenta de este empobrecimiento y esta fatiga crónicas representa una parte de los síntomas neuróticos de inferioridad (585). Las energías que son necesarias para las luchas defensivas son quitadas a otras funciones.

Los pacientes se vuelven apáticos y malhumorados. Algunos de ellos sienten a un mismo tiempo la paralizante fatiga debida al empobrecimiento y a la tensión e inquietud originadas en los impulsos rechazados que exigen descarga. Sienten la necesidad de un desahogo y al mismo tiempo una falta de entusiasmo e interés en todo aquello que pudiera servir de desahogo. Quieren que se les diga lo que deben hacer (porque los verdaderos fines son inconscientes) y repudian toda sugestión (porque no quieren sustitutos) (422).

Las perturbaciones neurasténicas de la capacidad de concentración, que constituyen el motivo principal de queja de tantos neuróticos, son de la misma naturaleza. La primera razón por la cual estos pacientes no pueden concentrarse en una tarea consciente radica en la preocupación inconsciente derivada de una tarea interna más importante, su lucha defensiva. En los casos graves, las actividades recientemente adquiridas y más diferenciadas ceden su lugar a otras, arcaicas e integradas. Surge una resistencia contra las tareas diferenciadas e incluso contra la aceptación de nuevos estímulos, para reaccionar a los cuales habrían sido necesarias nuevas cantidades de energía. Otra causa de la perturbación de la capacidad de concentración es la fatiga originada en la agotadora lucha defensiva. Los neuróticos actuales

son hipersensitivos e irritables porque su estado de relativa insuficiencia de control del yo les hace reaccionar a los estímulos leves como si fueran intensos.

Probablemente el sentirse aburrido es generalmente, por lo menos en su exageración neurótica, un estado de excitación en el que es reprimido el fin. Cualquier cosa que el paciente pueda pensar hacer es sentida como inadecuada para aliviar la tensión interna. Las personas aburridas buscan distracción, pero habitualmente no pueden hallarla, porque se hallan fijadas a su fin inconsciente (422).

La tensión interna se expresa a menudo en una rigidez muscular externa. Otras personas son más hipotónicas y laxas, y aun hay otras caracterizadas por la alteración de estados hipertónicos e hipotónicos (410). La "irritable debilidad" de la neurastenia es una expresión de esta simultaneidad de fatiga y tensión.

La inhibición neurótica general debida al empobrecimiento cuantitativo es una característica infaltable en todos los tipos de neurosis. Toda represión puede manifestarse objetivamente en forma de inhibición. Sin embargo, hay estados patológicos en los cuales la inhibición general domina el cuadro clínico, a veces en una forma aguda, otras en forma crónica. Las formas agudas se inician cuando una situación actual exige una medida defensiva inmediata y tajante; desaparece cuando este requerimiento se ha cumplido o la situación ha cambiado. La forma crónica aparece como una tentativa, que dura toda la vida, de mantener dominado algún impulso "peligroso", a expensas del desarrollo de la personalidad total. Estas personas parecen vivir de una manera menos intensa que las demás. Son notorias por su apatía, su indiferencia y su falta de iniciativa. Por su contenido inconsciente, las formas crónicas representan, por lo general, defensas contra impulsos agresivos y sádicos.

Freud describió un paciente que caía en un estado de apatía en situaciones que, en una persona normal, hubieran provocado un ataque de rabia (618). El análisis de individuos apáticos crónicos revela que originariamente fueron extremadamente agresivos, pero que, a causa de la angustia de castración, han inhibido su agresión y a veces la han vuelto contra el propio yo.

Un paciente con personalidad pasiva, del tipo de "niño modelo", había sido muy mimado en sus primeros años, los que pasó con su madre y su abuela. Sufrió frustraciones repentinas y graves de parte de su padre, tan pronto como se encontraron por primera vez. Hacia esa época nació un hermano. En sus intentos de defenderse de los accesos de grave rabia y odio, se hizo temeroso de la acción y se retrajo a una especie de "vida contemplativa". A consecuencia de ello era siempre amable y cortés, pero frío, sin verdaderos contactos, anheloso de recibir amor y lograr el éxito, pero sin ninguna actividad de su parte. Se retrajo de la acción a la palabra, y en sus sueños diurnos se sintió convertido en un gran orador, que nada más que por sus discursos conquistaba más admiración que otros con sus grandes hechos.

Desde el punto de vista teórico, la diferencia entre estas reacciones y la hebefrenia puede ser fácilmente definida. En los estados de inhibición,

las relaciones de objeto se empobrecen porque es necesario mantener a raya la relación inconsciente con los objetos infantiles. En la hebefrenia, la catexis es realmente retirada de los objetos, y no solamente del comportamiento externo. Pero en la práctica clínica no siempre es fácil establecer esta diferenciación. Incluso en la hebefrenia la regresión narcisista puede ser gradual, y las hebefrenias incipientes presentan también el cuadro de individuos extremadamente apáticos, con profundos conflictos subyacentes acerca de su hostilidad hacia los objetos.

NEUROSIS DE ANGUSTIA

El estado de estancamiento crea una relativa insuficiencia en el control normal del yo. En realidad, los primeros síntomas de las neurosis actuales son muy similares a los estados neuróticos traumáticos. El neurótico, empeñado en una intensa defensa interna, se vuelve inquieto, agitado, trastornado, y siente que necesita algún cambio, pero no sabe qué cambio deberá ser. También aquí se producen, entonces, síntomas en forma de "descargas de emergencia", tales como ataques emocionales aparentemente inmotivados, esencialmente crisis de angustia, y perturbaciones de las funciones fisiológicas, perturbaciones que son, en parte, inhibiciones y en parte equivalentes de ansiedad.

De hecho, incluso en las neurosis actuales, estos síntomas generales aparecen a menudo en una forma más "específica", la que está determinada por la historia de la persona.

Estos pacientes sienten la tensión y no saben qué hacer para posibilitar nuevamente el relajamiento. Muy a menudo se niegan a acostarse, de noche, porque no pueden lograr el relajamiento necesario para dormir, y aquellos que suspiran por el primitivo tipo de control oral-receptivo anterior, no pueden librarse de la idea de que alguien debe venir a "liberarlos". Su no ir a la cama se convierte en una especie de procedimiento mágico tendiente a forzar esta liberación. A menudo se crean círculos viciosos cuando los pacientes se asustan de la violencia de sus propias tentativas de forzar esta ayuda mágica. Adquieren temores de represalia y por ello se niegan con más intensidad a ir a la cama, es decir, a renunciar al control.

El hecho de que los intentos de acrecentar las contracatexis a objeto de ligar las cantidades excesivas de excitación alternen con descargas involuntarias de emergencia explica la ya citada sucesión (o simultaneidad) de hipomotilidad, con ausencia general de interés y falta de elasticidad, e inquietud hiperemotiva. El caso clínico es análogo al de la persona cuya excitación sexual es detenida antes de alcanzar su descarga. En realidad, el estado de cosas es el mismo en ambos casos. La diferencia reside únicamente en la circunstancia de que la interrupción en el curso de la excitación se debe a defensas internas, mientras que en el caso de la interrupción del

coito la perturbación es externa (789). En realidad, todavía es válido el consejo de Freud: si una persona se hace repentinamente irritable y de mal humor y comienza a sufrir crisis de angustia o una propensión general a la angustia, lo primero que se debe hacer es preguntar por su vida sexual. A veces basta, para lograr la curación, hacer cesar las prácticas de *coitus interruptus* (545, 547, 551).

La angustia en estos estados, como la angustia en las neurosis traumáticas, es una expresión directa y automática del estado de estancamiento, que en parte representa simplemente la forma en que se hace sentir la inundación por cantidades incontroladas de excitación, y en parte, descargas vegetativas de emergencia, de carácter involuntario (1117, 1371).

Reich destacó el hecho de que durante la excitación sexual se producen reacciones nerviosas autónomas de carácter típico. En el coito normal estas catexis autónomas se transforman gradualmente en genitales, y encuentran un desahogo genital en el orgasmo. Si la función orgásmica es perturbada, esta modificación no se produce. El sistema autónomo queda sobrecargado, y este hecho produce angustia (1270).

SINTOMAS NEURASTENICOS POSITIVOS

Cuando un estado de neurosis actual se caracteriza no tanto por la angustia como por otras descargas de emergencia, combinadas con los diversos síntomas más arriba descritos, se habla habitualmente de neurastenia. Psicoanalíticamente, este estado no está definido con precisión. Una definición más exacta será posiblemente el resultado de futuras investigaciones fisiológicas sobre las transformaciones químicas en la excitación, la satisfacción, la frustración y el estado de estancamiento.

Los síntomas positivos de la neurosis actual, como descargas vegetativas —descargas, pese a todo, que se producen cuando las otras formas de descarga han sido bloqueadas— representan un verdadero desafío a la fisiología. Una satisfacción instintiva normal significa una modificación fisiológica (química) en la fuente del instinto. Si una necesidad instintiva no es satisfecha adecuadamente, la modificación química vinculada a la gratificación del impulso no se produce, y esto da lugar a perturbaciones en el quimismo del organismo. La excitación y los afectos sin descargar implican anomalías en la cantidad y calidad de las hormonas, y en consecuencia, alteración de funciones fisiológicas.

Freud se inclinaba en un tiempo a creer que los síntomas de la neurastenia eran el resultado de una masturbación excesiva (558, 580). Probablemente sería más correcto decir que la neurastenia es el resultado de un orgasmo deficiente; se produce cuando la masturbación se ha hecho insuficiente, es decir, cuando las angustias y los sentimientos de culpa perturban el carácter satisfactorio de la masturbación (1263).

Los síntomas físicos de la neurastenia varían mucho, de acuerdo con la constitución y la historia de la personalidad. En primer plano, lo que

aparece en el cuadro son o bien síntomas espásticos de retención, como expresión de otros tantos intentos de bloquear las descargas —tales como los espasmos musculares y vasomotores, constipaciones y diversos tipos de dolor de cabeza—, o descargas involuntarias de “emergencia”, de un tipo explosivo, tales como diarrea, transpiración, temblor e inquietud (201, 1010, 1381).

Hay una transición gradual entre los síntomas neurasténicos y una verdadera órgano-neurosis, en la cual los síntomas de retención y de descarga son mucho más específicos y en la que se intercalan ciertos factores intermediarios entre la lucha defensiva y la expresión física.

PERTURBACIONES DEL DORMIR

Cuando una persona pasa una noche en una situación poco cómoda, por ejemplo, sentado en una posición incómoda, su sueño se verá más o menos perturbado. O no conseguirá dormirse, o bien, si se duerme, a la mañana siguiente se sentirá más bien agotado que descansado. Para lograr que se cumpla cabalmente la función del sueño, es necesario excluir las tensiones del organismo, prerequisite en este caso imposible a causa de la incómoda posición del cuerpo.

Las perturbaciones neuróticas del dormir se basan en una imposibilidad de relajamiento similar al ejemplo dado. En el caso de la posición incómoda del cuerpo la imposibilidad obedece a una causa externa, mientras que en las perturbaciones neuróticas se debe a causas internas. El aferrarse a ciertas catexis, a pesar del deseo de dormir, tiene igual efecto que la tensión continuada en ciertos músculos. O bien no es alcanzado el estado de dormir, o si lo es, la función del mismo es perturbada, y el efecto del dormir sobre el organismo, más que refrescante, es enervante. Después de continuados movimientos físicos de carácter monótono, habitualmente resulta muy difícil dormirse, porque las regiones musculares afectadas todavía tienden a realizar los movimientos. (Es interesante hacer notar que si una persona, a pesar de todo, concilia el sueño, soñará que todavía está realizando esos movimientos. El significado inconsciente de tales sueños es el siguiente: “mi dormir no tiene por qué ser perturbado por el impulso de seguir esquiando, cabalgando, etc., porque estos impulsos corresponden a mis actos; estoy efectivamente esquiando, cabalgando, etc.)

Este mismo estado, que hemos visto causado por una posición incómoda o por impulsos motores inconscientes, es producido, con más frecuencia aún, por estímulos inconscientes que resisten el deseo de dormir y siguen conservando su catexis. Como es bien sabido, la función del sueño sirve, en general, para hacer posible el dormir incluso en las condiciones adversas de la persistencia de las catexis inconscientes (552). Un aumento cuantitativo en estas catexis onírógenas puede poner en peligro la posibilidad de mantener el estado del dormir mediante los sueños. En un estado de estancamiento, esta incapacidad de controlar las catexis que resisten el dor-

mir (como estado hecho posible gracias a los sueños), se manifiesta primeramente, por lo común, en la frecuente aparición de sueños fracasados, es decir, de repetidas pesadillas (876). Eventualmente, el dormir puede resultar casi enteramente imposible (358, 441, 1113).

Además, no son solamente las catexis de los deseos reprimidos lo que puede imposibilitar el dormir. Las preocupaciones intensas, o una expectativa emocionada —ya sea agradable o desagradable—, y especialmente la excitación sexual sin gratificación, favorecen el insomnio. En el caso de las perturbaciones neuróticas del dormir, los factores inconscientes sobrepasan, por supuesto, a los conscientes.

La idea de que la autonomía de las catexis de lo reprimido, actuando contra el deseo de dormir, hace imposible el dormir o bien disminuye su efecto reparador, es tan convincente que uno se pregunta cómo es posible, en general, un sueño reparador, siendo que todos tenemos represiones. Y en el caso especial de los neuróticos, más bien cabría esperar que todos ellos sufrieran de perturbaciones del dormir.

En realidad, la determinación de la función del dormir representa una de las manifestaciones neuróticas más comunes y es hallada en casi todas las neurosis (1152). Algunas veces, sin embargo, cabe explicar por qué la perturbación es relativamente leve. Algunos neuróticos han aprendido a convertir en inofensivos los estímulos perturbadores del dormir provenientes de la represión, mediante la aplicación de medidas secundarias, canalizándolos. Debe admitirse, sin embargo, que esto no resuelve satisfactoriamente el problema. El hecho de que algunas veces intensas catexis reprimidas parecen no estorbar a la relajación necesaria para dormir, depende evidentemente de otros factores más (¿constitucionales?). Es indudable que el efecto de perturbación del dormir que tiene lo reprimido es mayor en aquellas personas en quienes actúan conflictos defensivos *agudos* que en aquellas que han aprendido a evitar agudos conflictos secundarios de represión mediante actitudes rígidas del yo.

Algunas perturbaciones neuróticas del dormir no son del tipo general de neurosis actual descrito hasta aquí. El yo, que se opone a los impulsos rechazados, sabe que estos impulsos arremeten con más fuerza al dormir y en el momento de dormirse que durante la vigilia. El yo teme por eso tanto el dormir como el momento de dormirse. Esta es la explicación general más importante de las *fobias del dormir*. Temor de dormir quiere decir temor a los deseos inconscientes que pueden surgir al dormir (638, 1201). Este temor surge a menudo luego de pasar por una pesadilla de efecto traumático. El temor de dormir es entonces un temor de soñar, es decir, temor de que fracase la represión.

Hay tentaciones instintivas muy precisas que se asocian más que otras a la idea de dormir. En la medida en que durante el dormir se pierde el control voluntario de la motilidad, es primariamente y ante todo el temor a los *actos* instintivos prohibidos lo que toma la forma de temor de dormir (175). Es comprensible que los niños que mojan la cama o los adultos que, siendo niños, mojaban la cama, quieran evitar el dormir para eludir toda oportunidad de mojar la cama. Lo que es cierto en la infancia respecto a los órganos ejecutores de las funciones uretrales (o anales) se aplica más tarde a los órganos ejecutores de las funciones genitales. Sabemos que los

jóvenes con conflictos de conciencia respecto a masturbación optan por sustituir la masturbación por las poluciones nocturnas porque así se sienten menos responsables. Pero el superyó no siempre acepta esta excusa. El temor de dormir o de dormirse es muy a menudo un temor a la tentación de masturbarse. Además, el estado de dormirse es acompañado de una reactivación de niveles arcaicos de conciencia del yo, y las formas arcaicas de experiencia del yo, a su vez, se convierten a menudo en representantes de excitaciones sentidas en el período más temprano del desarrollo. Las personas tienen represiones erótico-orales y erótico-cutáneas, y los estados del yo por los que deben pasar en el momento de dormirse provocan tales recuerdos. Estos recuerdos son sentidos, en consecuencia, como tentaciones prohibidas, que pueden llegar a constituir un motivo para evitar enteramente el dormir y el dormirse (1594). La principal neurosis de la oralidad, la melancolía, marcha de la mano con las más graves perturbaciones del dormir. Otra tentación instintiva específica que puede ser evocada por el dormir es el recuerdo de una escena primaria, que ha tenido lugar de noche, cuando se suponía que el niño dormía.

La asociación inconsciente que perturba el dormir puede también ser específica y única, explicable sólo por la historia entera del individuo (309).

Frecuentemente el dormir no significa una tentación sino un castigo o una catástrofe, vinculada por asociación con ciertos impulsos. El hecho de que el dormir impide el libre uso de la motilidad hace que ciertas personas teman ese estado como un obstáculo a la posibilidad de huir de supuestos peligros o castigos. No sólo puede surgir el pensamiento inconsciente de que se puede ser castrado mientras se duerme, sino que la misma pérdida de conciencia en el dormir puede tener, por sí misma, el significado de castración.

No es éste el lugar para analizar detalladamente el temor neurótico a la muerte. Se debe, por lo general, a conceptos inconscientes asociados a las ideas de morir y estar muerto, y a un apartamiento de los impulsos activos de matar (véase págs. 240 y sig.). Este temor, una vez que ha tomado cuerpo, puede conducir fácilmente a perturbaciones del dormir, por cuanto se establece la equivalencia entre el dormir y la muerte.

Pero lo más frecuente es que las perturbaciones del dormir representen inconscientemente tentaciones y castigos al mismo tiempo. La reducción de las funciones del yo que tiene lugar en el dormir, es temida al mismo tiempo como una pérdida de la función de censura sobre los instintos, es decir, como una oportunidad de hacer todo lo que se desea, y como una muerte menor, una castración, consecuencia terrible ésta del hecho de proponerse actividades instintivas.

Los conflictos que giran alrededor de las perturbaciones del dormir pueden alcanzar otras derivaciones. El yo pone en acción, con más o menos éxito, diversas medidas destinadas a recuperar el control perdido. Un ejemplo interesante de tales intentos del yo puede observarse en los ceremoniales del dormir de los neuróticos obsesivos. Sólo es posible dormir cuando se han tomado ciertas medidas, destinadas a evitar el peligro que inconscientemente es asociado al hecho de dormir (441).

El *pavor nocturnus* de los niños, así como las pesadillas frecuentes, representan un fracaso de estos procedimientos. Lo reprimido, y con ello el temor a lo reprimido, vuelven y perturban el dormir (123, 1098, 1232, 1341, 1343, 1407, 1548).

Las múltiples formas posibles de fobias del dormir no deben hacernos subestimar el aspecto neurótico-actual, más importante, de las perturbaciones neuróticas del dormir. En general, el dormir presupone un relajamiento completo; de ahí que la perturbación del dormir esté vinculada a un estado de tensión interna.

NEURASTENIA CRÓNICA: GENERALIDADES

Cuando una neurosis actual no se debe a una mera perturbación externa de la economía libidinosa, sino a una lucha defensiva, el estado de estancamiento es objeto, por lo común, después de un cierto tiempo, de una elaboración ulterior. Algunos casos, sin embargo, se mantienen en el nivel de la neurastenia. No es fácil afirmar cuál es el factor que decide este hecho (201, 1381). Lo que puede afirmarse con certeza es que la excitación que no puede encontrar su desahogo es, en estos casos, de carácter exclusivamente pregenital. En los neurasténicos crónicos, incluso los genitales parecen estar al servicio de objetivos pregenitales (1268). Esta circunstancia puede hallar expresión, por ejemplo, en el síntoma de la eyaculación precoz (14, y también 477). Basta a veces el análisis de la forma de masturbación para reconocer su contenido latente pregenital (1262). Dado que la satisfacción buscada no puede ser nunca alcanzada, los pacientes ensayan la masturbación una y otra vez, y esto explica el hecho de que los masturbadores compulsivos, y el tipo más extremo de los mismos, los adictos a la masturbación (véase pág. 433), sean frecuentemente neurasténicos crónicos. La masturbación puede convertirse en la respuesta uniforme a toda clase de estímulos.

Los efectos producidos por una perturbación de la economía de las exigencias instintivas tendrán probabilidad de ser tanto más persistentes cuanto menos apta sea la persona para afrontar activamente sus dificultades, es decir, cuanto más inclinada esté a anhelos de carácter pasivo-receptivo. En realidad, los neurasténicos crónicos siempre son personas de una elevada necesidad narcisística. Los tipos que más tarde describiremos como personalidades impulsivas, "adictos" y personas con predisposición a las depresiones, a menudo son, al mismo tiempo, neurasténicos crónicos.

Es fácil de comprender que algunos de los síntomas neurótico-actuales, especialmente los de carácter físico, sean muy dolorosos. Como el examen médico, en estos casos, no puede descubrir la causa de los dolores, las quejas del paciente, a menudo, reciben el nombre de hipocondríacas. Y en realidad no siempre existe una línea neta de demarcación entre neurastenia e hipocondría.

LA TERAPIA PSICOANALÍTICA EN LAS NEUROSIS ACTUALES

En cuanto a la terapia se refiere, aquellos tipos de neurosis actual que se deben a un desdichado régimen de vida sexual no necesitan de otra terapia que un cambio en dicho régimen. Del mismo modo, los estados agudos de "nerviosidad" que se deben a alguna experiencia específica, y que trastornan el equilibrio entre fuerzas defensivas e instintos rechazados, a menudo son solamente temporarios, y desaparecen espontáneamente cuando se establece un nuevo equilibrio. Los casos de neurosis aguda que

pueden ser tomados *in statu nascendi*, siempre que los síntomas neurótico-actuales todavía están más en primer plano que los síntomas psiconeuróticos, a menudo resultan rápidamente accesibles al psicoanálisis, y en cuanto a los estados de ansiedad que pueden ser tomados antes de que la ansiedad quede finalmente fijada a un objeto, puede hacerse un pronóstico especialmente favorable. El pronóstico es pobre, por el contrario, en los casos de neurastenia crónica y de hipocondría. Más tarde se verá con claridad por qué la ausencia de primacía genital y la orientación narcisista reducen en gran medida las posibilidades terapéuticas del psicoanálisis.

Los síntomas neurótico-actuales son objeto de una elaboración ulterior de diferentes maneras. A veces los síntomas mismos impresionan al paciente de una manera traumática, pudiendo éste elaborar entonces una neurosis traumática secundaria (véase pág. 512). Las sensaciones pueden ser interpretadas inconscientemente como una castración o como la pérdida de la protección de parte del yo, lo cual puede provocar, en respuesta, una intensificación de las fuerzas defensivas, con lo que se crea un círculo vicioso. En los casos en que hay fijaciones narcisísticas, los síntomas neurótico-actuales pueden dar lugar a una intensificación de la autoobservación y constituir el núcleo de una hipocondría. Y por último —aunque no último en importancia— los síntomas neurótico-actuales pueden transformarse en síntomas psiconeuróticos mediante una elaboración ulterior, de carácter más específico.

Los síntomas neurótico-actuales constituyen el núcleo de todas las psiconeurosis. Una ansiedad inespecífica y una irritabilidad general y mal humor, son hallados siempre al comienzo de una psiconeurosis (392, 447). Los síntomas neurótico-actuales pueden reaparecer también al final de una psiconeurosis: cuando el psicoanálisis logra liberar las energías sexuales reprimidas de un paciente, mientras que la situación externa impide a éste hallar una oportunidad para lograr la satisfacción de que ahora es capaz, los síntomas psiconeuróticos pueden ser reemplazados nuevamente por síntomas neurótico-actuales.

C. LAS PSICONEUROSIS. LOS MECANISMOS DE LA FORMACION DE SINTOMAS Y LAS DIVERSAS NEUROSIS

CAPÍTULO XI

LA ANGUSTIA COMO SINTOMA NEUROTICO: LA HISTERIA DE ANGUSTIA

NATURALEZA DEL SINTOMA PSICONEUROTICO

Un cambio en un estado de estancamiento, operado a causa de un conflicto neurótico, sólo parece posible gracias a una irrupción del impulso originario o a una intensificación de la defensa. Pero existe, en realidad, una tercera posibilidad, que a primera vista parece paradójica: que ocurran ambas cosas a la vez. Hay ocasión de ver compromisos en los que el impulso censurable encuentra alguna vía sustitutiva de desahogo, con la particularidad de que este desahogo sustitutivo puede ayudar a rechazar los restos del impulso originario. Una parte de la energía bloqueada es descargada, pero en forma tal como para intensificar la defensa contra la parte restante. El síntoma neurótico típico expresa a la vez el impulso y la defensa. Los lapsus, los errores y los actos sintomáticos son ejemplos relativamente simples en los cuales la formación de compromisos de esta índole puede ser estudiada en un estado de relativo aislamiento (553).

El gran depósito de formaciones sustitutivas está representado por los sueños diurnos. Las fantasías de realización de deseos que se desarrollan como un lúdico refugio y como sustituto de una realidad displaciente (véase págs. 66 y sig.) pueden ser fácilmente utilizadas como derivados por los impulsos rechazados. Estas fantasías, una vez intensificadas por el desplazamiento de las catexis de los impulsos rechazados, pueden ofrecer una descarga sustitutiva. Pero si aumentan en forma excesiva, y se acercan demasiado al contenido reprimido, pueden ser a su vez reprimidos. Los síntomas neuróticos, entonces, no son siempre la expresión directa de los impulsos reprimidos, sino expresiones indirectas determinadas en su forma específica por derivados en forma de sueños diurnos que se intercalan entre el impulso originario y el síntoma final (590).

El ejemplo más simple de derivado que puede hallar, o no, una forma de desahogo, está representado por un afecto exagerado o cualitativamente alterado. Cuando una persona reacciona a un acontecimiento de una manera exagerada o con un tipo de afecto que parece inadecuado, esto es

señal de un desplazamiento. El afecto pertenece, en realidad, a alguna otra situación que ha sido reprimida.

La producción de derivados y la lucha de éstos por su admisión a la motilidad son reguladas por mecanismos especiales de formación de síntomas. Los mecanismos predominantes de formación de síntomas determinan, en cada caso, la sintomatología y la evolución clínica de una neurosis. Los capítulos que siguen, por lo tanto, en que nos ocuparemos de los mecanismos de la formación de síntomas, serán dedicados, al mismo tiempo, al examen de las características de cada psiconeurosis específica.

Hay que destacar, sin embargo, que prácticamente en todos los casos de neurosis se presentan diversos mecanismos de formación de síntomas en forma coincidente. Freud manifestó, en forma categórica, que en toda neurosis obsesiva existe un núcleo de histeria de conversión (599) y detrás de cada neurosis, en general, una histeria de angustia infantil (618). Las actuales perturbaciones del carácter, en las que el mismo yo es arrastrado a la enfermedad, son multiformes en cuanto a los mecanismos subyacentes. Es más fácil, por ello, diagnosticar mecanismos que diagnosticar las neurosis.

Pero el diagnóstico y la patología especial, en cualquier rama de la medicina, tienen solamente un valor relativo. No hay un solo caso clínico particular en el que podamos reconocer jamás una entidad nosológica tal cual se la describe en los textos. Todo el mundo reconoce, sin embargo, la importancia teórica y práctica tanto del diagnóstico como de la patología especial. Algunos rasgos pueden apartarse de los típicos, pero tomados en su conjunto, son los rasgos típicos los que prevalecen y sólo la comprensión de lo típico puede proporcionar la base para la comprensión de lo atípico. En la investigación psicoanalítica el método o procedimiento usual es el de buscar la comprensión de los complicados fenómenos habituales mediante el estudio previo de casos menos habituales pero más claros. En el estudio de las neurosis, los mecanismos típicos de la formación de síntomas representan precisamente esos casos de comprensión más fácil. Estos mecanismos representan componentes típicos, y la combinación atípica de los mismos es lo que constituye la mayoría de los casos individuales de neurosis. Procederemos, en este sentido, de lo más sencillo a lo más complejo. La descripción de los mecanismos que se exponen a continuación no significa que los mismos aparezcan siempre, ni siquiera con mucha frecuencia, en la forma aislada que aquí los describimos. El valor principal de esta clasificación es de carácter heurístico.

LA ANGUSTIA EN LA HISTERIA DE ANGUSTIA

El caso más simple de compromiso entre impulsos y defensa es el de la angustia que ha dado motivo a la defensa, en tanto que el motivo de la angustia misma es reprimido. La neurosis de angustia se caracteriza por una tensión interna, de carácter general, que se manifiesta en forma de una angustia constante libremente flotante, o de una proclividad a la angustia.

En la histeria de angustia, en cambio, la angustia se halla específicamente vinculada a una situación especial, que representa el conflicto neurótico.

Si el yo que valora el peligro —“Este acto o situación instintiva puede acarrear la castración o la pérdida de amor”— se propone “hacer una advertencia”, en el mismo sentido en que un yo normal hace la advertencia de la existencia de un peligro real, este intento, en el caso de la histeria de angustia, fracasa por completo. El estado traumático es producido por aquello mismo con que se quiso evitarlo. Nos hemos referido ya a estas cosas al ocuparnos de la triple estratificación de la angustia. En estos casos, dijimos entonces, la angustia premonitora se transforma, por regresión, en un estado pánico de angustia (véase pág. 158). Este fracaso de la función premonitora del yo se explica por el hecho de que la elevada tensión interna (el estado de bloqueo) ha creado una predisposición general a la angustia, situación ésta en que la señal de peligro de parte del yo tiene el efecto de un fósforo arrojado a un barril de pólvora.

La reacción a una situación de peligro de parte de una persona en una situación de tensión no es igual a la reacción de una persona normal. En ésta hace su aparición un temor que puede ser utilizado por el yo. En la persona que se halla en estado de tensión, la situación de peligro crea, en cambio, una predisposición latente a la explosión, que la lleva, por el influjo adicional del temor originado por la percepción del peligro, a un estado de parálisis. La misma reacción de pánico con que una persona “nerviosa” responde a un peligro real (en lugar de sentir miedo y reaccionar de acuerdo con éste), se observa también cuando se trata de un peligro simplemente imaginario.

En la mayor parte de los casos ha existido, durante cierto período, una predisposición difusa a la angustia (del tipo de la neurosis de angustia). Más tarde ocurre algo que reactiva inconscientemente el conflicto patógeno básico. El yo hace un intento de advertencia, la señal no se produce, y hace su aparición el primer ataque de histeria de angustia. Desde ese momento la predisposición a la angustia queda fijada a la situación específica que ha dado origen a este primer ataque. El proceso de limitación y especificación de la situación temida puede ser descrito como una especie de “ligazón” secundaria de la angustia difusa primaria al contenido específico (392, 873, 875). La constante predisposición a la explosión, de la neurosis de angustia, quedará dominada ahora mientras no se encienda el “fósforo” (alusión al contenido específico) que puede dar lugar a esa explosión. Si de algún modo se roza, empero, una de esas situaciones específicas, la angustia se hace manifiesta. El yo crea también, secundariamente, elementos de lucha con que tratará de imponerse a esta angustia. La histeria de angustia, en la que aún aparece, de manera manifiesta el temor que ha dado origen a la defensa, representa la forma simple de psiconeurosis. Es por esto que las primeras reacciones neuróticas de los niños tienen, por lo general, el carácter de neurosis de angustia. Todas las otras neurosis presentan una elaboración más avanzada de la angustia.

DESPLAZAMIENTO EN LA HISTERIA DE ANGUSTIA

¿Qué es lo que decide la elección del contenido específico? ¿A qué situaciones o personas se les atribuye el carácter de peligrosas?

En algunos casos, el desplazamiento no es mayormente considerable. Se siente angustia, simplemente, en aquellas situaciones en que una persona no inhibida sentiría excitación sexual o rabia. Al ocuparnos de los estados de inhibición, dijimos que la inhibición se manifiesta, algunas veces, por cierto temor que aparece en todos los casos que afectan de algún modo al terreno en que impera la inhibición. Además de la impotencia y la frigidez, también existe fobia a lo sexual, es decir, que algunas personas, especialmente mujeres, se asustan frente a las tentaciones sexuales y tratan de evitarlas. Existen fobias a la comida, de carácter general, y otras, más especiales, que afectan a determinados alimentos, cuya vinculación a conflictos inconscientes se produce ya sea por asociaciones vinculadas al pasado del individuo o por su significado simbólico. Hay fobias anales, en que se procura evitar a toda costa cualquier excitación anal. Existen fobias a la lucha, que se ven en aquellas personas que se asustan en todos los casos en que correspondería una conducta agresiva. Hay una fórmula que cabe aplicar en estos casos, pero con la salvedad de que representaría una simplificación excesiva cuando se trate de casos un poco complicados: aquello que la persona teme es lo que inconscientemente desea.

En otras fobias, simples también, la situación temida no representa una tentación temida, sino más bien la amenaza a causa de la cual es temida la tentación: la castración o la pérdida de amor. Hay fobias a los cuchillos y las tijeras, cuyo significado es que el contacto con estos instrumentos, e incluso la vista de los mismos, despierta la idea temible de una posible castración (y también, en la mayor parte de los casos —hay que decirlo— una tentación inconsciente para una hostilidad que se hallaba reprimida). Ciertas personas temen ver inválidos o presenciar accidentes, lo cual significa: “No quiero que me recuerden lo que podría sucederme” (y una vez más, el temor podría surgir también del hecho de que la contemplación de estos casos constituye una tentación para ciertos deseos hostiles inconscientes). Los niños pequeños temen ser dejados solos, porque esto significa, para ellos, no ser más amados.

La idea de ser convertido en piedra por la visión de algo prohibido no sólo significa muerte (y castración), sino que expresa también el temor a las sensaciones de angustia por sí mismas. La idea de ser de piedra representa la idea de verse paralizado por el temor.

Todos estos casos se caracterizan por la ausencia de desplazamiento. Pero son más frecuentes los casos de histeria de angustia en los que las fuerzas de la defensa han logrado algo más que la aparición de la angustia y las actitudes fóbicas subsiguientes. El vínculo entre la situación temida y el conflicto instintivo original se ha hecho más oculto. Ya no son las situa-

ciones sexuales lo que se teme, sino las situaciones *sexualizadas*. Por lo común la situación o la persona temidas tienen para el paciente un significado inconsciente específico. De una manera menos reconocible, simbolizan, una vez más, una tentación para un impulso rechazado, o bien un castigo por un impulso inconsciente, o ambas cosas combinadas.

Esto es válido también para todas las erróneas interpretaciones neuróticas de acontecimientos actuales en función del pasado, aun cuando no vayan acompañadas de angustia; los impulsos rechazados buscan oportunidades de satisfacción, pero su reactivación actualiza también las viejas ansiedades; las repeticiones neuróticas consisten en una errónea interpretación de los hechos actuales, ya sea en el sentido de tentaciones inconscientes, o de castigos inconscientes, o de una y otra cosa a la vez.

Ejemplos de situaciones de ansiedad que representan tentaciones inconscientes: La idea de un espacio abierto, en las agorafobias, es concebida inconscientemente, por lo general, como una oportunidad de aventuras sexuales. La idea de estar solo es concebida en el sentido de una tentación de masturbación.

Ejemplos de situaciones de ansiedad con carácter de castigo: La calle temida es concebida como un lugar donde uno puede ser visto y atrapado. Estar solo significa hallarse sin protección frente al cuco y su poder de castigo. Lo temido, en la histeria de angustia, a menudo son sustitutos de la idea de castración. En el caso de Juancito, el significado inconsciente del temor de ser mordido por un caballo era una expresión oral regresiva de la idea de ser castrado (566). Otro paciente, que tenía el temor de ser mordido por un perro, se sintió asombrado cuando el análisis reveló que este temor, a juzgar por las sensaciones físicas acompañantes, tenía que ver en realidad con sus genitales.

Muchos temores hipocondríacos significan “puedo ser castrado”, o bien esto otro: “puede resultar que ya he sido castrado”. Hay casos de personas con fobias a las enfermedades, en personas cuyo temor a la castración, durante su infancia, fue desplazado a la idea de estar enfermos. En estos casos, “estar enfermo” significa, a menudo, “tener fiebre”, y las sensaciones del estado febril representan la temida excitación sexual infantil.

Un ejemplo de la simultaneidad de tentación y castigo es el caso del hombre de los lobos (599). Se había desarrollado en éste una actitud pasivo-femenina hacia el padre, y el paciente temía que la satisfacción de estos deseos femeninos podría traer aparejada la castración temida. Su temor de ser comido por el lobo era a un mismo tiempo una expresión oral regresiva del deseo de someterse a su padre y de la amenaza de ser castrado.

Los temores de ser pisado por un vehículo o de caer de un lugar elevado son expresiones típicas de deseos masoquistas femeninos, y al mismo tiempo, del temor a la castración vinculado a los mismos (884). El caer de un lugar elevado, en cuanto hace referencia al peligro de ser muerto, representa, por supuesto, un castigo, la mayor parte de las veces, probablemente un castigo por deseos de matar, pero la sensación de caer, en sí misma, representa, al mismo tiempo, las sensaciones de la excitación sexual, las que, por haber sido bloqueadas en su curso natural, han adquirido un carácter doloroso y atemorizante. El temor de ser encerrado en un espacio estrecho, o el temor a las calles estrechas, representa el temor a las mismas sensaciones de angustia, que son experimentadas en forma de constricción, e intensificadas por las dolorosas sensaciones vegetativas que reemplazan la excitación sexual bloqueada. El temor a los

lugares latos puede ser reemplazado, más tarde, por el síntoma de conversión de los accesos de mareo al mirar desde un lugar elevado. Este símbolo es la expresión, en el orden físico, de la anticipación psíquica de una caída verdadera.

El frecuente temor de "volverse loco" tiene también como base, por lo común, una simultaneidad de castigo y tentación. En lo que a este temor se refiere, es necesario no olvidar que puede ser justificado. La regla según la cual la persona que teme a la locura no enloquece, es falsa. Muchos esquizofrénicos incipientes se dan cuenta de su creciente extrañamiento. La mayor parte de las veces, sin embargo, este temor no representa un juicio fundado sino una fobia. Pero aun como fobia tiene una base objetiva: lo que el paciente siente en su temor a enloquecer es la interacción de sus tendencias inconscientes, especialmente los impulsos instintivos (sexuales o agresivos) que en él actúan (871). En este sentido, el temor de enloquecer no es más que un caso especial del temor, de carácter general, a la propia excitación. Dado que la excitación sexual infantil temida es sentida, la mayor parte de las veces, en relación con la masturbación, las advertencias de los adultos en el sentido de que "la masturbación conduce a la gente a la locura" puede ser fácilmente aceptada por el niño como un sustituto de la idea de castración.

A veces la idea de la locura tiene, inconscientemente, un significado más específico. La experiencia puede haber consagrado la fórmula *cabeza = pene*, y por consiguiente, esta otra: *locura = castración*. A causa de determinadas experiencias, el niño puede vincular diversas ideas a la de insanidad. La idea de ser un idiota se vincula a veces a la idea de tener una cabeza grande (hidrocefalia), lo cual, como representación por lo opuesto, puede tener, nuevamente, el significado de regresión. Los bebés tienen cabeza grande. Los hermanos mayores odian, a menudo, a los bebés, y sienten, por ello, el temor de hacerles daño. "Puedo convertirme en un idiota como el bebé" o bien "puedo adquirir una cabeza grande como la del bebé", son pensamientos que pueden representar a la vez la temida envidia al bebé y la anticipación del castigo por esa envidia.

Los temores de ser feo o estar sucio pueden tener el mismo significado que los temores de estar enfermo o loco. La fealdad, o una apariencia repelente, significan estar excitado sexualmente (o con rabia), o bien estar castrado (o embarazado), o ambas cosas a la vez. Las fobias de este tipo pueden representar una forma de transición hacia los delirios.

Otro ejemplo más de simultaneidad de tentación y castigo es el que ofrecen los estados que Ferenczi describió como neurosis de los domingos (484). Algunas personas sufren regularmente angustias (o depresiones) los domingos. Estos son generalmente considerados como los días en que las tentativas sexuales pueden tener lugar más probablemente que en los demás días. Pero los domingos son también los días en que los niños se hallan más sujetos a la supervisión de los padres.

Ahora bien, ¿cuál es la relación entre la situación manifiesta de angustia y su significado instintivo inconsciente?

El hecho mismo de que se produzcan desplazamientos tiene su origen, desde luego, en la defensa, que al hacer inconscientes las ideas originarias obliga a la creación de sustitutos. El sustituto, como dice Freud, "tiene por un lado, ciertos vínculos asociativos con una idea que ha sido repudiada, y por otro lado, a causa del distanciamiento con relación a esa idea, escapa a la represión" (590).

El desplazamiento demuestra que en la historia de angustia la defensa no se limita a crear ansiedad o a evitar las situaciones en que habría

de surgir la angustia. La creación de sustitutos demuestra que también son usados la represión y otros mecanismos de defensa. En la historia de angustia, la angustia da comienzo a una poderosa actividad represora.

A causa de la represión, las fobias tienen a menudo un contenido impreciso, nebuloso, comparable, por su falta de claridad, al contenido manifiesto de un sueño. A menudo se requiere una considerable labor analítica para establecer con precisión qué es lo que provoca el temor del paciente. En algunos casos, el contenido del temor ha sido en un tiempo claro y definido, para hacerse luego vago e indefinido en el curso de la neurosis. Las fuerzas de la neurosis continúan haciendo la guerra al síntoma como a un retoño de lo reprimido. De esta manera, la comprensión de un síntoma complicado o vago, de larga data, puede lograrse a menudo determinando las circunstancias de su primera aparición.

La ventaja que presenta el desplazamiento es que impide que llegue a hacerse consciente la idea ofensiva originaria. El temer a un caballo en vez de temer al padre, como en el caso de Juancito (566), ofrece también otras ventajas. Los que amenazan son odiados. Si un individuo no se siente más amenazado por su padre, sino por un caballo, puede evitar odiar a su padre. La deformación representa, en este caso, una salida para el conflicto de la ambivalencia. El padre, que era odiado y amado a la vez, es sólo amado, y el odio es desplazado al "malvado" caballo (618). Otra cosa que nos hace notar Freud es que el niño se ve forzado a asociar al padre todos los días mientras que el caballo, si es amenazador, puede ser evitado con sólo prescindir de salir de la casa. El temor al lobo en vez del padre (599) tiene más ventajas aún: los caballos eran encontrados a menudo en las calles de la ciudad, en la época de Juancito, en tanto que los lobos pueden verse solamente en los libros de láminas, que uno no está obligado a abrir, o en el zoológico, adonde no es forzoso ir muy a menudo (618). Si a una persona le ha venido el temor de salir de su casa, la situación temida resulta fácil de evitar, mientras que el cuerpo propio y sus sensaciones no pueden ser evitados. Se ha producido así una ventajosa proyección de un peligro instintivo interno, a un peligro externo de carácter perceptivo.

Una proyección de esta índole, es decir, un intento de huir de un impulso interno peligroso rehuyendo una situación externa específica que representa a dicho impulso, constituye el tipo más frecuente de desplazamiento en la historia de angustia. Es verdad que el peligro originario también era, en última instancia, un peligro externo, ya que no es la expresión instintiva lo que se teme, sino sus consecuencias externas (castración, pérdida de amor). Pero si bien el individuo fóbico huye primordialmente de sus padres amenazadores, está huyendo, sin embargo, de sus propios impulsos, ya que el peligro externo de la castración es producido por su propia conducta.

La proyección se evidencia con más claridad en aquellos casos en que la angustia en relación con un objeto externo ha reemplazado a un

sentimiento de culpa. Ahora se teme a un objeto en el mundo externo en vez de temer a la propia conciencia.

En algunas fobias a los animales, la proyección de los propios impulsos temidos es más pronunciada aún que en el caso de Juancito. He aquí un caso, descrito por Helene Deutsch, de estructuración bien simple. Un joven inconscientemente pasivo-femenino tenía temor a las gallinas porque le recordaban sus deseos libidinosos y el peligro de ser castrado, al que estos deseos estaban vinculados por asociación. Proyectaba simplemente su conflicto instintivo interno sobre un objeto externo posible de evitar (327).

A menudo, lo que se proyecta sobre un objeto externo no es solamente el objetivo de un impulso, sino también las propias sensaciones de excitación.

En las neurosis infantiles, sin embargo, parecería estar ausente la proyección, cuando el objeto externo temido, el "animal", sustituye simplemente a otro objeto externo temido, el "padre".

Los caminos elegidos por el desplazamiento son determinados por diversos factores. En considerable medida se hallan determinados por la historia del individuo. El significado de las fobias, por ello, no puede ser comprendido sin tomar en consideración la historia del paciente. Los caminos del desplazamiento dependen, en parte, del carácter de los impulsos que son objeto de rechazo. La angustia de que uno va a ser comido, por ejemplo, puede corresponder a anhelos sádico-orales, la angustia de que uno va a ser asesinado, a deseos de muerte.

Ya se ha dicho que la angustia de que uno va a ser comido, o golpeado, puede ser un disfraz que encubre la angustia de castración. En tal caso, el temor a la castración ha sido desfigurado en forma regresiva, es decir, eligiendo como sustituto un temor arcaico autónomo. La regresión puede ser parcial, y a menudo vemos manifestaciones de angustia que contienen, a la vez, elementos referentes a ser comido y ser castrado. Entre las manifestaciones de esta índole están las fantasías de la vagina dentada y de la castración intrauterina (414).

Las fobias a la infección o al contacto expresan a menudo la tendencia a evitar la suciedad, y demuestran que el paciente tiene necesidad de defenderse de tentaciones erótico-anales.

Una vez más, es posible que los deseos genitales edípicos hayan sido reemplazados regresivamente por impulsos anales, y que de esta manera la angustia de castración haya sido sustituida regresivamente por temores anales. Las fobias al cuarto de baño y al retrete frecuentemente observadas en los niños y en los neuróticos obsesivos, tales como el temor de caer en la boca del retrete, de ser comido por un monstruo que sale de éste, o el temor racionalizado a la infección, muestran, por lo común, indicios de una condensación de ideas de suciedad con ideas de castración.

El temor a los espacios abiertos es a menudo una defensa contra el exhibicionismo o la escoptofilia. El papel de estos dos instintos parciales es aún más prominente en las fobias vinculadas al hecho de aparecer en

público, ya sea que esta aparición implique condiciones especiales, tales como el ser mirado (temor al tablado) o que no sea más que el temor de hallarse dentro de una multitud.

Una paciente con agorafobia y fobia a la multitud padecía ataques de angustia que tenían el definido propósito inconsciente de hacerla aparecer débil y desvalida a todos los que pasaban. El análisis demostró que el motivo inconsciente de su exhibicionismo era una profunda hostilidad, originariamente dirigida contra la madre, y luego desviada hacia ella misma. "¡Miren todos —parecía exclamar con angustia— mi madre mē ha dejado venir al mundo en esta condición de desvalimiento, sin pene!" Originariamente, el ataque representaba un intento de exhibir un pene que poseía en su fantasía. La convicción de que esto era ficticio causaba la transformación de la perversión en histeria de angustia.

Los temores, ya mencionados, de ser feo, o repelente por cualquier otra causa (por ejemplo, despedir mal olor), se revelan como temores inspirados por el exhibicionismo propio. Las personas que presentan tales temores se están esforzando inconscientemente por mostrar su excitación sexual y temen ser rechazados o castigados por ello. Este exhibicionismo, además, tiene a menudo un significado agresivo, de mandato. Los pacientes pueden sentirse con derecho a una compensación y tratar de forzar, por medios mágicos, a las personas que los miran, a otorgarles dicha compensación. El temor se refiere a la posibilidad de que esta intención fracase. La fealdad puede representar un estado de embarazo o de castración. El hacer una demostración de la fealdad puede tener el significado de un gesto mágico, ya que el exhibicionismo se halla íntimamente vinculado, a menudo, a una escoptofilia igualmente intensa. Si el temor de ser feo o "maloliente", es reemplazado por la convicción de que tal es efectivamente el caso, nos hallamos ante un estado de transición hacia los delirios, ya que los eritrofóbicos son propensos, en general, a la estructuración de tendencias paranoides. El sentimiento básico subyacente es un sentimiento de culpa. En la mujer, la convicción de ser repulsiva (o fea, o físicamente impedida o inepta para tener hijos sanos) se basa en la convicción de carecer de pene, idea ésta vinculada a sentimientos de culpa, en relación con masturbación e incesto. También en los varones una angustia de esta índole significa, por lo común, que van a ser descubiertas las temibles consecuencias de la masturbación.

En el caso de una paciente afecta a los perfumes, se pudo establecer como origen del síntoma un temor anterior de despedir mal olor. La paciente quedó fijada a un concepto anal de la sexualidad. No sólo tenía el temor de que pudiera descubrirse su temprana masturbación anal, sino que temía expresar ella misma sus anhelos sexuales, impregnados de una actitud sádica y castradora hacia los varones, que ella percibía bajo la forma especial de estar despidiendo un olor en dirección a los mismos.

La mayor parte de las veces, sin embargo, el temor al tablado y la eritrofobia no son sino simples expresiones del rechazo de un exhibicio-

nismo y una escoptofilia incrementados. El hecho de que el exhibicionismo se ha visto intensificado es resultado, por lo común, de otros conflictos instintivos anteriores; el objetivo de la exhibición es no sólo el logro de placer, sino también crear o forzar un reaseguramiento contra angustias o sentimientos de culpa o de inferioridad. Las histerias de angustia en cuestión representan el fracaso de estos afanes de reaseguramiento. Se trata de forzar a los espectadores, mediante gestos mágicos, a demostrar que la castración no ha tenido lugar o bien a conceder la aprobación necesaria para contradecir un sentimiento de culpa. Si los espectadores no satisfacen, inmediatamente y en forma adecuada, estas exigencias, pueden aparecer violentas tendencias sádicas (orales) contra ellos. Por lo tanto, el contenido inconsciente del tipo de temor (y vergüenza) que caracteriza a la eritrofobia y el temor al tablado, no es solamente la idea de que los actos exhibicionistas pueden provocar la castración y la pérdida de amor, sino, de una manera más específica, la idea de que lo que se hace para proteger de un peligro la autoestima puede conducir a un resultado opuesto, la completa aniquilación de la autoestima. Y esto, a su vez, puede ser comprendido de diferentes maneras. O bien el paciente cree inconscientemente que está castrado y teme que fracasen sus intentos de negarlo, y que todo aquello que está enderezado a hacer que lo quieran y lo alimenten puede dar por resultado que lo dejen de querer y le retiren todo apoyo, o teme a su propio poder de encantamiento: aquello que los espectadores pueden verle podría lesionarlos o atemorizarlos, de modo tal que ya no estarían en condiciones de dar nada nunca más. El paciente teme a su propia y violenta agresividad, reducida a menudo a una "mirada agresiva" (96, 118, 356, 405, 446, 501, 522, 1085, 1568).

El temor a los exámenes es un fenómeno sumamente afín al de la eritrofobia y al temor al tablado. Sólo que algunos de los rasgos arriba mencionados son más manifiestos aquí: una autoridad, un representante externo del superyó, es quien va a decidir si uno será aceptado y se le permitirá participar de ciertos privilegios, es decir, obtener los suministros narcisísticos, o bien será rechazado y condenado al aislamiento y al hambre narcisística. Se ha destacado, con razón, la relación entre los modernos exámenes y los primitivos ritos de iniciación (523, 1481). La forma en que una persona reacciona a esta situación depende a la vez de su relación afectiva sexual con las autoridades (con el padre) y de sus necesidades narcisísticas. Surgirá una histeria de angustia allí donde la persona sexualiza la situación de examen con la esperanza de que superará con ello sus sentimientos de inferioridad y su temor a la castración, y luego tiene que considerar la posibilidad de que sus esfuerzos hayan conducido a un resultado opuesto. En las fobias a los exámenes la situación es habitualmente complicada por conflictos acerca de anhelos pasivo-femeninos (105, 158, 405, 866, 1256, 1344, 1520).

Otras fobias típicas se oponen a otros instintos parciales. La angustia de los lugares elevados se vincula a menudo a ideas inconscientes referentes a erección. Las claustrofobias y los temores de sofocación se

oponen especialmente, a menudo, a fantasías de hallarse en el vientre materno (1056). El temor de caer, el temor a las alturas, las fobias a los automóviles y los ferrocarriles, demuestran a primera vista que se han originado en un intento de combatir las sensaciones placenteras vinculadas a la estimulación del equilibrio.

Este último factor, la lucha contra la excitación sexual tal como ésta es percibida en las sensaciones placenteras del equilibrio, desempeña un papel importante en muchas histerias de angustia.

Abraham ha demostrado que lo rechazado en la agorafobia no son solamente el exhibicionismo y la escoptofilia. En los casos de temor de salir a la calle, la función misma de caminar ha adquirido un definido significado sexual, lo que presupone un acrecentado erotismo del equilibrio, debido posiblemente a una fijación a la época en que el individuo aprendió a caminar (6, 9 y cfr. también 1282, 1402).

En un caso de temores agorafóbicos, éstos venían acompañados por la sensación del paciente de que le tiraban de las piernas, o que las piernas se escapaban por su cuenta. El análisis demostró que la prohibición de masturbarse había tenido lugar en la misma época en que el paciente aprendió a caminar. Siendo niño, el caminar fue motivo de gran placer y de gran orgullo narcisístico para él. Sus piernas y las funciones de las mismas, ocuparon el lugar de las funciones coartadas del pene. Una intensificación subsiguiente de viejos conflictos hizo posible que el temor a la castración se hiciera manifiesto, en el nuevo terreno, como un temor de perder las piernas (410).

Una vez que se repara en este hecho, resulta fácil comprender que muchos temores fóbicos se refieren directamente a sensaciones de equilibrio.

Las sensaciones del equilibrio desempeñan un papel importante como fuente de excitación sexual, tanto en los niños como en los adultos. Puesto que las sensaciones de este orden constituyen, también, por lo general, un componente esencial de la experiencia de la angustia, las conexiones entre excitación sexual y angustia son más íntimas en el caso del erotismo del equilibrio que en cualquier otro instinto parcial. Los conflictos sobre sensaciones erógenas del equilibrio dan lugar a fobias del equilibrio, pero también al desarrollo de las fobias en general, es decir, el establecimiento de una conexión íntima entre las sensaciones de angustia y las de excitación sexual, reactiva el erotismo infantil del equilibrio. A menudo las sensaciones del equilibrio asumen la representación de la sexualidad infantil en general. Muchas personas que no conservan memoria consciente de haberse masturbado durante la infancia, recuerdan, en cambio, diversos juegos y fantasías acerca de situaciones en que su cuerpo aparece en el espacio, o de cambios en el tamaño de su cuerpo, o de partes de éste, o de ideas acerca de movimientos giratorios impresos a su cama, o de sensaciones más vagas todavía, la de que "algo está rotando". Otras personas no recuerdan ningún placer vinculado a sensaciones de esta índole, pero sí recuerdan angustias referentes a las mismas, enajenamientos del cuerpo o

de ciertos órganos, o temores acerca de sensaciones del espacio, todo lo cual es resultado de la represión de un placer más antiguo. Las angustias de esta clase constituyen, muy a menudo, el núcleo de las histerias de angustia (444).

PROYECCION DE LA PROPIA EXCITACION EN LA HISTERIA DE ANGUSTIA

Hay que vincular ahora estos hechos al papel desempeñado por la proyección en la histeria de angustia. En muchas fobias el estado físico de excitación sexual o agresiva (expresado frecuentemente en sensaciones de equilibrio y de espacio) es proyectado y representado por una situación externa temida (526, 1384, 1386, 1391). Las personas que temen dormirse, o ser anestesiadas, o tener fiebre, temen principalmente el ser arrolladas por sensaciones dolorosas de equilibrio y de espacio. A menudo los pacientes temen los ruidos monótonos, como el tictac de un reloj, o bien sucesos rítmicos de cualquier índole. En realidad, temen los latidos de su propio corazón (o las sensaciones genitales), que les son representados por lo que advierten en el mundo externo.

En las claustrofobias, la idea de estar encerrado no es experimentada en forma tan abrumadora cuando existe cualquier posibilidad de escape. La angustia llega a su grado máximo cuando aparece la idea de que se puede tener el deseo de abandonar la habitación y no poder hacerlo. El sentimiento que aparece, la mayor parte de las veces, es que puede producirse una repentina falta de aire, y que es necesario que haya, en tal caso, una manera de huir. Las personas que temen a los trenes, navíos y aviones dicen que el temor más grande es el de la imposibilidad de salir en caso de que quieran hacerlo, y que viajando en tren contienen la respiración de una estación a otra. Esto significa que la excitación es proyectada sobre el vehículo que precipitó la excitación, y que la necesidad de una fuga rápida de una habitación en la que se está encerrado es una necesidad de huir de la propia y temida excitación cuando ésta ha alcanzado cierta intensidad (431, 1522).

Las fobias a los vehículos, que tienen su razón en el rechazo de las sensaciones eróticas de equilibrio y espacio, tienen relaciones definidas con la enfermedad somática del mal de mar. Las excitaciones vegetativas provocadas por las sensaciones de equilibrio de una manera enteramente física tienen una clara semejanza con las sensaciones de angustia, y estas excitaciones pueden haber quedado vinculadas asociativamente a un "exceso de excitación sexual" durante la infancia. La neurosis y el mal de mar pueden tener, por lo tanto, influencia recíproca entre sí. Las personas que padecen de claustrofobia y neurosis similares probablemente tienden más a sufrir el mal de mar. Y un mal de mar ocasional, en una persona no neurótica hasta ese momento, puede reactivar angustias infantiles y producir el efecto de un trauma que reactiva el recuerdo de una escena primaria. Hay también histerias de conversión que son una elaboración de fobias a los vehículos, en el sentido de que el vómito y el mareo, como anticipación física de sensaciones de equilibrio temidas, pueden haber reemplazado la angustia.

Existen también "claustrofobias en el tiempo" en vez de ser del espacio. Algunos pacientes experimentan el temor de no tener tiempo, de estar siempre "acorralados" por sus obligaciones, lo que para ellos es tan opresivo como para el claustrofóbico lo son las sensaciones de espacio, y que tiene también el mismo significado psicológico. Otras personas temen a la "holgura" en el tiempo. Corren de una actividad a la otra porque el tiempo vacío tiene para ellos el mismo significado que los espacios vacíos tienen para ciertos agorafóbicos.

La experiencia clínica demuestra que ciertos tipos de indecisión neurótica tienen por base el mismo temor. Toda decisión definitiva significa la exclusión de la posibilidad de escape, y por ello es evitada. Ciertas formas de terquedad representan un rechazo, intensamente emocional, de las órdenes, que son sentidas como algo que cierra los caminos de escape.

Lo que se teme que pueda sobrevenir en la excitación desordenada es evidentemente una especie de derrumbamiento de la organización del yo.

Cierto paciente sentía angustia yendo en automóvil únicamente si manejaba otra persona, no él. "¿Por qué voy a tener miedo —decía— si puedo detener el automóvil en cualquier momento?"

Lo que se teme es la pérdida de la decisión voluntaria, representada a menudo en el inconsciente por la idea de pérdida de control de la vejiga y el recto (557). Y esta pérdida de control es representada por el movimiento del vehículo, que escapa a la influencia del pasajero, por la habitación que no puede ser abandonada, a voluntad, y originariamente por la creciente excitación sexual al acercarse el orgasmo.

En su análisis de la evolución de la excitación sexual normal y patológica. Reich ha explicado que luego de una fase de movimientos voluntarios viene otra de convulsiones involuntarias de los músculos de la pelvis. En esta segunda fase, el acto ya no puede ser interrumpido voluntariamente sin dar lugar a un intenso displacer. El pleno desarrollo de esta fase es condición de una descarga económica suficiente en el orgasmo (1270). Esta pérdida del yo en el momento culminante de la excitación sexual constituye también, normalmente, el momento culminante del placer. Algunos tipos de yo, los "impotentes orgámicamente", según Reich (1270) no experimentan este placer. Para ellos se convierte en angustia, pérdida de control del yo y sensaciones dolorosas de estrechez, de sofocación o de estallido.

El tren y la habitación representan el propio cuerpo, o por lo menos sus sensaciones, de lo que uno trata de librarse mediante la proyección.

Lo que se ha dicho sobre claustrofobia en general es válido, desde luego, para el tipo especial de claustrofobia "del vientre materno", el temor de ser enterrado vivo (406). Las dos interpretaciones, "la habitación temida representa el vientre materno", y "la habitación temida representa las sensaciones del propio cuerpo", pueden

ser vinculadas entre sí mediante una tercera: "la habitación temida representa el interior del propio cuerpo".

Es un hecho bien conocido, pero que no ha sido muy tratado, el que en la mayoría de los agorafóbicos hay una relación entre ciertas condiciones específicas de su síntoma y el ancho de la calle temida. Las sensaciones de estrechez constituyen un elemento básico en la experiencia de angustia. Las personas cuya excitación se convierte en angustia sienten una constricción en la respiración, como si *el pecho* se hubiera estrechado repentinamente. (La sensación opuesta, de expansión, de sentirse nuevamente "holgado", se halla fisiológicamente vinculada a la superación de la angustia y es placentera, pero al representar un cambio repentino en la esfera de la "amplitud", puede servir también, por vía de la "representación por lo opuesto", de símbolo de asustarse.) Constituye un intento de protegerse de las sensaciones dolorosas de estrechez (o de holgura) el sentir que es la calle y no el propio cuerpo lo "estrecho" o "ancho", y esta circunstancia puede explicar la proyección en la agorafobia. Algunos pacientes temen solamente las calles estrechas, otros solamente los lugares amplios, y aún hay otros que temen, paradójicamente, lo uno y lo otro. Y la mayor parte de ellos temen un cambio brusco en el ancho de las calles por las que están pasando. Muchos agorafóbicos presentan la característica de cuyo significado nos hemos ocupado en la claustrofobia: tienen que asegurarse la posibilidad de la fuga, lo cual representa un deseo de fugarse de sus propias sensaciones.

HISTERIA DE ANGUSTIA Y ANIMISMO

Cuando una persona fóbica pasa por una calle estrecha, siente miedo, porque se siente tan "estrecho" como la calle. "Introyecta" la estrechez de la calle. Si su temor es intenso, puede, incluso, sentir como estrecha una calle relativamente ancha; proyecta su propia estrechez. A causa de la forma en que experimenta la angustia, los conceptos de estrechez y miedo son idénticos. Los mismos sentimientos provocan en él una calle estrecha que la presencia de otra persona asustada. Se comporta incluso como si la misma calle tuviera miedo.

La primitiva y errónea concepción del mundo, según la cual los procesos que sentimos dentro de nosotros mismos se producen también en los objetos que nos rodean, se llama animismo. Los mecanismos fóbicos descritos hacen uso del animismo aún persistente en el inconsciente.

Una de las formas corrientes de interpretación de esta índole es muy similar a la forma en que los agorafóbicos vinculan sus sentimientos de miedo a la estrechez de una calle. Sachs describió el papel desempeñado por la proyección narcisística en los sentimientos con que reaccionamos a la naturaleza (1329). El "tomar conciencia de la naturaleza" no consiste en darse cuenta de los elementos físicos y geográficos reales de la naturaleza, sino en percibirse de los sentimientos presentes en nosotros mis-

mos y que creemos vinculados a esos elementos físicos y geográficos (cfr. 380).

Es verdad que no toda proyección de sentimientos en la naturaleza significa que la naturaleza se convierta en representante de nuestros propios sentimientos. La naturaleza puede representar también a otra persona, y los sentimientos vinculados a ella pueden derivar de sentimientos dirigidos a esa persona. Una montaña, por ejemplo, puede representar el pene del padre, el océano sin límites o el desierto pueden representar el vientre materno. Pero incluso en las emociones provocadas de esta manera por montañas u océanos, no falta del todo el elemento narcisista. Una persona que se siente dentro de un paisaje no experimenta simplemente amor u odio hacia los objetos de la naturaleza, sino que por lo general siente una especie de identificación con el paisaje, la *unio mystica* con el pene del padre o con el "vientre materno". Se puede suponer, en general, que en la "conciencia de la naturaleza" actúa una proyección de esta índole. Los conceptos estéticos a que se recurre para la descripción de los paisajes, son una prueba de esto. Hablamos de paisajes "sublimes" y "amables" porque nos sentimos sublimes y amables cuando contemplamos un paisaje de esta índole. Es cierto que el efecto de un mismo paisaje varía de acuerdo con el estado de ánimo del espectador, y es verdad también que ciertos paisajes crean, o por lo menos reactivan, sentimientos iguales o similares en diferentes personas: la infinitud de las chatas praderas hace al hombre melancólico, las montañas lo hacen más activo e impulsivo. Esto se debe a la reflexión sobre el yo de los sentimientos previamente proyectados sobre el paisaje.

Existen numerosas fobias (o preferencias que al llegar a cierta intensidad se transforman en fobias) referentes a paisajes, modalidades del clima, efectos de luz y de sombras, momentos del día, etc. Si todas ellas fueran coleccionadas y descritas en sus detalles nos revelarían muchas cosas no sólo acerca de las proyecciones en cuestión, sino también acerca de las vinculaciones históricas entre la excitación sexual infantil y los sentimientos que más tarde son proyectados. Muchas fobias a la oscuridad y el crepúsculo probablemente encierran recuerdos de escenas primarias.

Lo mismo puede decirse del temor a ciertos lugares en que no es posible conservar los medios habituales de orientación, del miedo a la eternidad, a los ruidos uniformes, a la interrupción de las rutinas y secuencias habituales. Algunas angustias acerca de la muerte son angustias de pérdidas de la orientación en el tiempo, es decir, de pérdida de las fuerzas que protegen del peligroso mundo de la excitación infantil incontrolada (338).

REGRESION Y AGRESIVIDAD EN LA HISTERIA DE ANGUSTIA

Un factor corriente en todas las fobias es la *regresión a la infancia*. Durante ésta los peligros pudieron ser superados gracias a la protección dispensada por objetos, más o menos omnipotentes, del mundo externo. El fóbico, que teme a sus impulsos o el subsiguiente castigo, trata de vol-

ver a esa situación favorable en que contaba con protección externa. En ese sentido, todos los fóbicos se comportan como niños cuyas angustias se aplacan cuando la madre está sentada a la vera de su cama y tiene su mano entre las suyas. Esta exigencia de medidas de protección provenientes de sustitutos de los padres es particularmente evidente en aquellos agorafóbicos que se sienten protegidos en presencia de un compañero. Dado que no todos los agorafóbicos plantean tal exigencia, los conflictos libidinosos acerca de la persona que hace las veces de compañero no constituyen la base de la agorafobia en general. Sin embargo, en muchos casos los hallazgos de Helene Deutsch pueden hallar confirmación (325). Esta autora afirmó que en las fobias en que es esencial la existencia de un compañero, la relación con este compañero es de importancia básica. El compañero no representa tan sólo al padre o la madre protectores sino también a la madre o el padre inconscientemente odiados. Su presencia sirve para hacer que la mente del paciente se aparte de las fantasías inconscientes hacia la realidad, es decir, para reasegurarle que no ha matado a esa persona que está marchando a su lado, sana y salva. En estos casos, el miedo del paciente a algo que pueda sucederle está precedido, a menudo, por un temor por la seguridad de la persona que, en la fase ulterior de la agorafobia, es usada como compañero.

Un temor mórbido acerca del bienestar de una o más personas determinadas constituye de por sí una forma frecuente de histeria de angustia. El análisis demuestra que la persona que tiene que ser protegida representa a una persona inconscientemente odiada, la que por ello necesita efectivamente ser protegida, pero no de peligros externos, sino de deseos (internos) de muerte (792, 1283). A menudo lo reprimido vuelve de la represión y el cuidado o el afecto reasegurador continuos se convierten objetivamente en una tortura. Una conducta de esta índole es especialmente frecuente en los padres con relación a los hijos (618), pero también los hijos, a veces, manifiestan una conducta como ésta para con sus padres.

La transformación del temor, más primitivo, de que la otra persona sufra algún daño, en una ansiedad fóbica con respecto a sí mismo, se debe a una identificación autopunitiva con el objeto inconscientemente odiado. Muchos síntomas obsesivos que se proponen proteger, de una manera más o menos torturante y más o menos mágica, un objeto inconscientemente odiado, representan este estadio previo de la histeria de angustia. Estos casos constituyen una manifiesta transición hacia la neurosis obsesiva.

En un plano superficial, el compañero protege al paciente de la tentación. Un hombre no puede abordar a una mujer extraña, y recíprocamente, una mujer no puede ser objeto de una aproximación, si los dos se hallan en compañía de sus respectivos cónyuges. El joven o la joven no pueden tener una aventura si están acompañados por sus padres. La idea de que el compañero está velando procura un alivio a la necesidad de vigilar los propios impulsos.

Freud ha destacado el hecho de que una misma y determinada forma de proceder puede ser expresión, a un mismo tiempo, de numerosos deseos instintivos.

Cuando una niña exige de su madre que esté constantemente con ella, logra satisfacer con ello su deseo inconsciente de separar a la madre del padre (618). La coacción ejercida sobre el compañero puede servir para satisfacer cualquier impulso hostil hacia esa persona.

El hecho de que la regresión a la infancia, en las fobias, constituye una manera de buscar protección contra un peligro instintivo no siempre se manifiesta con mucha claridad.

Alexander escribe, acerca de la agorafobia (53): "Un paciente de este tipo siente temor en una situación que no implica ningún peligro para él. El síntoma sólo se hace inteligible cuando uno comprende que el paciente ha regresado a una temprana actitud emocional de su infancia. Siendo niño, sólo se sentía seguro cerca de su casa y tenía miedo de alejarse de ésta. En esa época, naturalmente, su ansiedad puede haber sido enteramente racional, ya que, siendo un niño, carecía de una suficiente capacidad de orientación. El problema, en este caso, es el siguiente: ¿Por qué el paciente regresa a una experiencia tan desagradable de su pasado? Aquí viene el estudio analítico, para demostrar que este paciente usa el síntoma para hacer el trueque de un mal mayor por un mal menor. Lo que en realidad teme no es estar lejos de su casa, sino la soledad y la ausencia de contacto humano. No tiene confianza en que podrá resolver este problema en su situación actual de vida. Su síntoma —el miedo que le sobreviene cuando está en la calle— le ayuda a engañarse respecto a esa cuestión aparentemente insoluble. Se persuade a sí mismo de que tiene miedo estando en la calle y elude así la penosa comprobación de cuán solo y aislado se halla en la vida. De este modo evita también el esfuerzo de crear una relación de contacto humano, para lo cual se siente sin capacidad ni voluntad. Este síntoma tiene otra causa adicional. El paciente ansía hallarse nuevamente en el pasado, en la situación del niño que ve satisfechos sus sentimientos de dependencia. Pero al situarse nuevamente, mediante la fantasía, en la infancia, tiene que enfrentar también el lado desagradable de la infancia: la inseguridad y el miedo del niño".

Pero el paciente no está buscando las experiencias desagradables de la infancia, en calidad de mal menor, sino la relativa seguridad de esa época, proveniente de la protección de los adultos. Lo que constituye la angustia verdadera del neurótico, que le hace sentir la nostalgia de su seguridad mayor en la infancia, no es "la soledad y la falta de contacto humano", sino una actualización de sus conflictos instintivos infantiles.

La regresión que caracteriza a la histeria de angustia en general, tal como sucede en todas las histerias, es limitada. La principal tentación que se trata de rechazar es la de los deseos del complejo de Edipo genital. Los deseos fálicos y los temores de castración pueden presentarse disfrazados bajo una forma pregenital. Pero también hay casos en los que se reconoce una base pregenital en primer plano. En algunos casos desempeña el papel decisivo la defensa contra las tentaciones *agresivas* (282, 325, 797, 935). Algunas veces el temor a la excitación propia se basa en el hecho de que esta excitación contiene realmente componentes autodestructivos, que tienen su origen en un impulso sádico dirigido previamente contra un objeto y vuelto luego contra el yo, de modo tal que un temor a la muerte puede aparecer en circunstancias que, en personas normales,

conducirían a un ataque de rabia. Esto ocurre especialmente en los casos en que existe una combinación de histeria de angustia y neurosis obsesiva, en los que se puede reconocer una intervención relativamente intensa de tendencias destructivas, frecuentemente en virtud del puente asociativo representado por la equiparación inconsciente que se expresa en la fórmula *mirar = comer* (430). Los casos antes mencionados de fobia a la calle, en los que una determinada persona es elegida como compañero protector, pertenecen a esta categoría. El conflicto ambivalente se destaca en ellos netamente (325).

Se ve incluso, a menudo, a personas ambivalentes absolutamente ajenas a toda agorafobia, que tienen necesidad de una especie de compañero, es decir, de un objeto proveedor de cariño, interés, confirmación y protección, una especie de "auxiliador mágico" (653). La dependencia con respecto a los suministros externos para el mantenimiento de la autoestima es signo de una temprana fijación, habitualmente oral. La relación con los auxiliadores mágicos es necesariamente ambivalente: son odiados no solamente como representantes del odiado objeto edípico, sino también por el carácter deficiente de su poder de protección.

La agresión desempeña también, por supuesto, un papel muy considerable en los casos de histeria de angustia que giran alrededor de un *temor mórbido a la muerte* (206, 207, 254, 1638). Es cosa que falta establecer aún si existe realmente algo que pueda llamarse temor normal a la muerte. En realidad, la idea de la propia muerte es cosa subjetivamente inconcebible (591), y todo temor a la muerte, por ello, encubre probablemente otras ideas inconscientes. Éste es el caso, desde luego, en las fobias a la muerte intensas y patológicas. Para comprenderlas, hay que descubrir cuáles son las ideas que se hallan vinculadas inconscientemente al concepto de muerte. Algunas veces estas ideas son de carácter libidinoso y se hacen comprensibles por la historia del paciente (284, 641, 1153, 1330, 1632). ("Estar muerto" puede significar, por ejemplo, volver a encontrarse con una persona que ha muerto.) Otras veces —y esto con más frecuencia— un temor a la castración o a la soledad (pérdida de amor) se convierte, gracias a ciertas experiencias de la infancia, en un temor a la muerte. Dos son los significados que con más frecuencia se encuentran:

1. La idea de muerte puede ser un castigo por deseos de muerte contra otras personas. Ya dijimos que algunas personas reaccionan con temores de muerte a situaciones en que otros sentirían rabia. Esto es evidentemente una vuelta contra la propia persona de impulsos destructivos antes dirigidos hacia afuera.

2. Un temor a la muerte puede significar un "temor a la propia excitación". El "morir" se ha convertido en expresión de las sensaciones de un pánico abrumador, es decir, en expresión del concepto deformado que estos pacientes se han formado del orgasmo. Todo tipo de excitación tiende a una relajación final. En los casos en que el logro de tal relajación es considerado como la sensación terrible de la pérdida del propio yo, esto puede ser identificado con "la muerte", de modo que el temor a

la muerte puede aparecer en ocasiones tales en que otras personas tendrían la esperanza de una excitación sexual (1280).

Otro ejemplo de fobia en que predominan las tendencias sádicas inconscientes, y que en su mayor parte se presenta combinada con una neurosis obsesiva, es el frecuente temor a las infecciones. El temor de ser infectado es, ante todo, un temor a la castración racionalizado. La infección venérea, como peligro real vinculado a la vida sexual, puede servir como racionalización de peligros irreales en que se cree inconscientemente (1614). En un plano más profundo, la infección representa una defensa contra deseos femeninos, caso éste en que la infección representa una fecundación. Y en un plano más profundo aún, este temor es una expresión de fantasías pregenitales de incorporación, en las cuales los bacilos equivalen a objetos introyectados, de carácter destructivo (y destructible) (1459). La interrelación de sadismo y masoquismo puede reflejarse fácilmente en ideas de infección, gracias a que tanto es posible ser infectado por otras personas como infectarlas.

La idea de infección se presta también a la racionalización de situaciones vinculadas al arcaico tabú del contacto. En el pensamiento mágico, las características de todo objeto son concebidas como sustancias materiales que pueden ser transmitidas por el contacto en la misma forma en que se transmite la suciedad o los gérmenes. El arcaico temor al contacto puede variar en cuanto a su contenido instintivo. Freud llamó la atención sobre el hecho de que, no existe ningún impulso cuya finalidad no implique el tocar un objeto, ya sea que ese impulso tienda a una aproximación —hostil, sensual o de ternura— a otra persona o a tocar el propio cuerpo (contacto autoerótico) (618), y que todos esos impulsos pueden ser temidos en forma fóbica. Frecuentemente, los objetos que no deben ser tocados exhiben, a primera vista, el carácter de símbolos genitales. Estas personas han interpretado la prohibición de la masturbación infantil que frecuentemente se expresa con un "no toques", como si literalmente fuera una mera prohibición de tocar, la han interpretado así con un espíritu de "obediencia rencorosa". Pueden recurrir, en consecuencia, a formas de masturbación en que se evita totalmente el tocar los genitales con las manos (1262). No es infrecuente el caso de que un deseo de masturbarse que ha sido rechazado es alterado por regresión, en forma tal que la fobia se presenta como una protección contra deseos eróticoanales de ser sucio o de ensuciar. Algunas veces esto aparece inmediatamente a la vista: no se deben tocar las cosas que se suponen sucias, tales como las manijas de las puertas, o las cosas que entran en contacto con un inodoro. O bien la prohibición de tocar afecta a cosas que se utilizan para el aseo corporal.

Los casos en que la ansiedad varía desde el temor a una infección inminente a la idea de haber sido infectado, pueden representar etapas de transición, en los que una idea fóbica se halla en vías de convertirse en delirante. Las ideas de esta clase pueden ser de carácter hipocondríaco. Así la de ser devorado por bacterias o células cancerosas, o la de ser en-

venenado (948). Sin embargo, nos encontramos también con aprensiones de esta índole en las histerias de angustia puras, donde corresponden a conflictos inconscientes sobre castración o fecundación.

EVOLUCION POSTERIOR DE LAS HISTERIAS DE ANGUSTIA

A la eclosión de una histeria de angustia sigue, la mayor parte de las veces, la aparición de una fobia, es decir, de una evitación de la situación o las percepciones que originan la angustia. Algunas veces, la angustia puede ser efectivamente evitada mediante una fobia adecuada, al precio de cierta limitación de la libertad del yo. La enfermedad puede ser llevada a un estado de tregua; el peligro instintivo ha sido reducido completa y eficazmente a un peligro objetivo.

Pero en otros casos la evolución no es favorable. En las primeras etapas, la neurosis puede verse complicada por una neurosis traumática secundaria, producida por la primera crisis de ansiedad, experimentada como un trauma (1569). Muchas histerias de angustia crean, gracias a dicha experiencia, un *miedo a la angustia*, y al mismo tiempo una propensión a asustarse muy fácilmente, lo cual puede originar un círculo vicioso. Algunas fobias fracasan en sus intentos de proyección y siguen avanzando. La proyección deja de ser adecuada y la situación fóbica se va extendiendo en su alcance. Por ejemplo, un paciente, al comienzo, es incapaz de atravesar cierta plaza, más tarde no puede salir de la casa, y por último, acaso ni siquiera de su habitación. La eliminación de las situaciones externas no ha disminuido la pujanza de las pulsiones acuciadas por la situación evitada. Los impulsos siguen actuando. El hecho de que no encuentran una vía de descarga acrecienta aún más su intensidad y esto obliga a una extensión de la fobia (590). El hecho de que la proyección tenga o no éxito depende del equilibrio económico entre los impulsos y la angustia que se les opone, vale decir, de toda la historia previa de la personalidad.

La proyección de la excitación propia puede tener éxito, a veces, en el sentido de que el paciente se libera de ciertas angustias, cierta inquietud y ciertas sensaciones kinestésicas cuando se cumplen determinadas condiciones que representan una proyección de esos estados y sensaciones. Cuando un paciente puede sentir cierta ansiedad, inquietud, ruido y confusión externos a su alrededor, puede liberarse de la ansiedad, inquietud, ruido y confusión que tiene dentro de sí. No sólo hay personas con fobia a la tempestad de truenos (que quiere decir que esas personas han proyectado sus sensaciones sobre la tempestad y que por lo tanto han externalizado su angustia, pero no la han superado), sino también personas que gozan con la tempestad, porque el hecho de advertir el ruido externo les coloca en condiciones de alcanzar la finalidad de su proyección: el ruido real de afuera les produce la sensación de que no existe más el ruido interno, y que por lo tanto ya no tienen por qué tener miedo.

Algunas personas afirman tener necesidad de "estimulación" o "distracción" para trabajar en condiciones óptimas. Padecen perturbaciones neuróticas de la función de concentración. Su trabajo es perturbado por tensiones internas que se hacen sentir en forma de inquietud. Pueden superar, sin embargo, los sentimientos perturbadores buscando lugares que puedan ofrecerles inquietud externa.

La función sociológica de los llamados Cafés en ciertas partes de Europa* (o del club en otros países) es ciertamente complicada y no puede ser explicada mediante una simple fórmula psicológica. Puede ser significativo a este respecto el siguiente caso.

Cierto paciente era un excelente trabajador en el Café —y prefería los que eran ruidosos y con muchos parroquianos, música y profusión de gente— sintiéndose incapaz, en cambio, de trabajar en su escritorio, en la casa, donde se hallaba solo y todo estaba en silencio. Es verdad que este hombre encontraba ciertas satisfacciones instintivas en el Café (especialmente de carácter escotofílico y homosexual) pero esto no tenía especial importancia. Tenía más importancia, en este caso, el hecho de que sentía la necesidad de huir cuando había silencio, y se sentía capaz, en cambio, de sentirse descansado y tranquilo cuando la gente hacía ruido a su alrededor (444).

Sería interesante hacer un estudio acerca de cuáles son los tipos de personalidad que, al experimentar una perturbación neurótica de su capacidad de concentración, necesitan una absoluta tranquilidad a su alrededor y cuáles requieren lo opuesto. Se comprobaría una vez más probablemente, que no existen dos tipos opuestos, sino que la necesidad de tranquilidad o de ruido externo implica, una vez más, cierto riesgo. Lo que es cómodo y descansado hasta alcanzar cierto grado de intensidad puede hacerse súbitamente desagradable y atemorizador una vez superado ese grado de intensidad. El hecho de que las personas pueden liberarse de sus angustias al asegurarse de que son capaces de atemorizar a otros, es bastante simple (541, 784, 895, 971, 2198). Pero a veces este sencillo mecanismo es complicado por una proyección exitosa de la índole que aquí nos ocupa: las personas que padecen angustias crean a su alrededor una atmósfera de angustia, y se sienten mejor cuando esta angustia está fuera de ellas. También esto puede resultar un arma de doble filo: si lo logran demasiado bien, y descubren que todos a su alrededor están realmente asustados, pueden tener la sensación de haber destruido su virtual protección, creerse expuestos a la represalia y sentirse repentinamente sumamente asustados también ellos.

Sucede con frecuencia que los que padecen fobias no logran evitar las situaciones temidas, y se ven obligados, una y otra vez, a experimentar precisamente las cosas que temen. A menudo resulta inevitable la conclusión de que esto se debe a cierta actitud inconsciente de parte de ellos mismos. Parece ser que inconscientemente están empeñados en lograr las mismas cosas que provocan su temor consciente. Esto es comprensible por-

* Y de América del Sur. (T.)

que las situaciones originariamente temidas habían sido objetivos instintivos.

Es una especie de "retorno de lo reprimido". La presión de los impulsos originarios, todavía operantes, constituye también la base de las tentativas de sobrecompensar las fobias con actitudes contrafóbicas (435), mediante la preferencia de situaciones originariamente temidas.

Las fobias, es decir, la evitación de situaciones que crean angustia, no son los únicos medios con que el yo trata de luchar contra la angustia. Otros métodos de defensa contra la angustia, tales como la sexualización de la angustia, la intimidación de los demás, la identificación con los objetos atemorizadores y el acopio de reaseguramientos externos son procedimientos utilizados también en la histeria de angustia.

LAS FUERZAS REPRESORAS Y LO REPRIMIDO EN LOS SINTOMAS DE LA HISTERIA DE ANGUSTIA

Toda elaboración psiconeurótica de las consecuencias del estancamiento conduce a un compromiso entre las fuerzas en conflicto. Este compromiso consiste, por lo general, en una descarga sustitutiva —y por lo tanto penosa— de una descarga a la que se ha desplazado una parte de la catexis de lo reprimido. Pero la descarga del derivado facilita (o por lo menos no estorba) el rechazo del impulso originario remanente. A primera vista, un ataque de angustia, así como un estado de inhibición, parece una pura manifestación de las fuerzas defensivas que dan su señal de alarma ante la proximidad de una tentación o un castigo. Sin embargo, los ataques de angustia tienen también el carácter de una descarga de emergencia.

En la histeria de angustia, los desplazamientos crean, sin lugar a dudas, sustitutos del impulso originario rechazado, con lo que facilitan la defensa original. De manera que la angustia, en la histeria de angustia, es en realidad algo más que una manifestación de las fuerzas defensivas. Es un síntoma psiconeurótico, si bien la angustia inconsciente que da motivo a la defensa continúa manifestándose como tal.

Cuando otros síntomas psiconeuróticos, no vinculados a una angustia manifiesta, son eliminados artificialmente, la angustia manifiesta, por lo general, hace su aparición. Esto demuestra que la histeria de angustia es relativamente más primitiva que otras psiconeurosis. Los síntomas neuróticos desprovistos de angustia constituyen elaboraciones más complicadas, en los que la persona ha aprendido a evitar o a fijar la angustia (618).

LA HISTERIA DE ANGUSTIA EN LOS NIÑOS PEQUEÑOS

El carácter primitivo de la histeria de angustia se manifiesta también en el hecho de que la histeria de angustia es la neurosis típica de la

infancia (cfr. 175). En cierta medida, los síntomas de la histeria de angustia parecen ser incidentes comunes en el desarrollo normal de todos los niños, por lo menos en las condiciones actuales de cultura. Dificilmente se encontrará un niño que alguna vez no haya tenido miedo de estar solo, o miedo a la oscuridad o a los animales. El temor a la oscuridad puede ser reducido al temor de estar solo. Freud cita el caso de un niño que tenía miedo a la oscuridad, y que decía: "Cuando alguien habla, hay más luz" (596).

El quedar solo constituye un peligro real para el niño, que es indefenso. Pero el niño no teme, en realidad, los peligros objetivos, que no está en condiciones de juzgar. (Muchas preocupaciones se ahorrarían, en la crianza del niño, si éstos fueran capaces de juzgar adecuadamente los peligros reales.) Lo que el niño teme, y mucho más, es la posibilidad de una "situación traumática", de ser arrollado por la excitación. Lo que crea las angustias del niño no es su desvalimiento objetivo, sino el desvalimiento frente a sus impulsos, que no puede descargar sin la ayuda de otras personas. Además, la desaparición de una persona querida impide a la vez toda expresión de su amor, creando así un estado de bloqueo. Parece, como dice Freud, que el niño no fuera capaz aún de manejar la nostalgia de los seres queridos más que dejando que esta nostalgia se transforme en angustia (596).

La relación de la angustia con los conflictos instintivos es más evidente en las fobias a los animales. El niño no tiene la arrogancia de la persona adulta, que trata de creer en la existencia de una diferencia fundamental entre los seres humanos y los animales. Un niño puede imaginar fácilmente seres humanos bajo forma de animales (579), a la vez que los animales temidos en las fobias son, por lo común, representaciones deformadas de seres humanos, habitualmente del padre. El padre representado en forma de animal significa el padre excitado sexualmente. Expresa la percepción del padre como semejante a un animal, es decir, como un ser apasionado, sexual, o agresivo. Este aspecto atemorizante del padre puede expresar a veces su fuerza punitiva (castradora), como en el caso de Juancito (566), y otras veces los aspectos atemorizantes de las exigencias dirigidas a él, como en el caso del "hombre de los lobos" (599).

El caso descrito por Helene Deutsch, que antes hemos mencionado (327), demuestra que no todas las fobias a los animales se estructuran de ese modo. El animal no representa necesariamente el progenitor temido. Puede ser una proyección directa de los propios impulsos.

Del mismo modo, los animales pequeños, como los insectos, arañas, moscas, etc., temidos a menudo en las fobias, no representan al padre. Una araña puede significar a veces "la madre cruel" (23), pero más a menudo las criaturas de esa índole son símbolos de genitales o de heces, o bien de niñitos (hermanos y hermanas) (552), de acuerdo con la fórmula inconsciente *niño = heces* (593). Una paciente, cuyos conflictos giraban alrededor del odio a su hermano menor, temía a todos los insectos y creía, en su temor a la represalia, que todos los insectos son venenosos.

Algunas histerias de angustia temprana se curan después de cierto tiempo. Es como si desaparecieran con el crecimiento del niño. (Otras no tienen este desenlace favorable, y constituyen la base de ulteriores neurosis en la vida adulta.) Esto resulta posible gracias a dos circunstancias:

1. El yo del niño se halla aún en desarrollo. Las ansiedades tempranas se deben a la incapacidad de lograr descargas activas; cuando el yo se hace más fuerte se hace más capaz de dominar su excitación con la ayuda de su acrecentado control de la motilidad.

2. Allí donde la razón del rechazo de ciertos impulsos era el temor a la pérdida de amor, la mayor experiencia y confianza pueden convencer al niño de que dicho peligro no existe, y el rechazo resulta superfluo.

LA ESCENA PRIMARIA

No es posible ocuparse de la angustia en los niños sin mencionar nuevamente la llamada escena primaria, es decir, la observación de escenas sexuales entre adultos, especialmente entre los padres (599).

Un hecho de esta índole crea un estado de gran excitación en un niño. Esta excitación, no siendo producida espontáneamente por el niño, sino acarreada por estímulos externos, excede la capacidad de control desarrollada hasta ese momento. La escena, por ello, puede producir fácilmente un "estado traumático" mediante el anegamiento del organismo con una excitación inadecuada. Es fácil, por lo tanto, que una experiencia como ésta conduzca a vincular la idea de excitación sexual a la idea de peligro. Esta conexión puede fortalecerse más tarde mediante interpretaciones erróneas de lo que fue percibido (interpretaciones que, a su vez, pueden deberse en parte al hecho de que el niño se encuentra en un "estado traumático", pero en parte también a ignorancia y animismo). Los tipos más frecuentes de interpretación de esta índole consisten en considerar el coito como un acto cruel y destructivo, y los genitales femeninos como una resultante de la castración.

El contenido psíquico de la excitación provocada, y su intensidad, varían de acuerdo con la edad del niño y con su historia previa. Son los factores individuales los que decidirán lo que el niño percibe, cómo interpreta sus percepciones, cuáles son los vínculos que se crean mentalmente y si las interpretaciones y las correspondientes vinculaciones mentales son establecidas inmediatamente o más tarde: por ejemplo, la identificación con el progenitor del mismo sexo o con el otro, la fijación al estado de organización libidinosa predominante en esa época o el hecho de imprimir un matiz especial al complejo de Edipo. Pero lo que no falta nunca es el hecho de vincular los conceptos de "satisfacción sexual" y "peligro", con lo que se crea una predisposición a ulteriores neurosis.

Ya hemos dicho que la experiencia de ciertas sensaciones misteriosas de equilibrio y espacio pueden ser residuos de la sexualidad infantil. En

la práctica psicoanalítica tenemos el hábito de decir, cuando se presentan sensaciones de esta índole, tales como objetos borrosos que giran, objetos que se acercan y se alejan en forma rítmica, "que se aproxima un material sobre escena primaria". Esto es prácticamente correcto. Pero las sensaciones de esta índole no son específicas, por supuesto, de la situación de "darse cuenta de escenas sexuales que se producen en las cercanías". Son más bien específicas de una situación de verse arrollado por la excitación.

Es bien conocido el hecho de que en el momento de dormirse las fuerzas inhibitoras se debilitan antes que las pulsiones y que por ello la tentación de masturbarse alcanza, en este estado, su máxima intensidad. En el momento de dormirse se experimentan también, regresivamente, sensaciones del yo, de tipo arcaico, antes de perder la conciencia, y un porcentaje elevado de estas "sensaciones arcaicas del yo" son experimentadas como sensaciones de equilibrio y de espacio. Una persona normal no se siente mayormente molesta por estas sensaciones. Puede suceder incluso que no se dé cuenta de ellas, a menos que dirija expresamente su atención hacia ellas (837). No sucede así con las personas cuya masturbación infantil se halla representada por estas sensaciones, personas que, digámoslo una vez más, han pasado, en su mayoría, por experiencias de escena primaria. Un porcentaje reducido de estas personas, incluso puede gozar de estas sensaciones como una especie de equivalente de la masturbación. La mayoría, en cambio, después de la represión, la temen, y en casos extremos estos temores pueden llegar a ser causa de graves perturbaciones del sueño.

Es comprensible, por lo tanto, que una tendencia pronunciada a los sueños de ansiedad y un pavor nocturno aparezcan, a menudo, a continuación de una escena primaria o de un "equivalente" de la escena primaria (7, 1166).

LA TERAPIA PSICOANALÍTICA EN LA HISTERIA DE ANGUSTIA

La histeria de angustia, en general, representa una neta indicación para el psicoanálisis, y solamente en presencia de alguna contraindicación especial debe aconsejarse en contra del análisis. La capacidad de transferencia es excelente. Sin embargo, los casos que manifiestan síntomas compulsivos y se basan más en conflictos pregenitales y agresivos, son menos favorables. Freud llamó la atención sobre una modificación necesaria en la técnica de análisis de las fobias típicas.

Una vez que, gracias al análisis, el "armazón" de la neurosis ha cedido en solidez, el analista tiene que intervenir activamente para inducir al paciente a hacer su primer esfuerzo por superar la fobia. Debe inducir al paciente a exponerse a las experiencias temidas, a objeto de lograr que el conflicto neurótico se ponga de manifiesto en todo su vigor (600).

CAPÍTULO XII

CONVERSIÓN

¿QUE ES LA CONVERSION?

En la conversión se producen ciertas alteraciones en las funciones fisiológicas, alteraciones que, inconscientemente y de una manera deformada, sirven de expresión a impulsos instintivos previamente reprimidos.

Todo síntoma neurótico tiene el carácter de sustituto de una satisfacción instintiva, y teniendo en cuenta que tanto la excitación como la satisfacción son fenómenos que se expresan en el terreno de lo físico, no resultará tan extraña, en principio, esta incursión en la esfera fisiológica, característica de la conversión. Sin embargo, los síntomas de conversión no son simplemente expresiones somáticas de afectos, sino representaciones (muy específicas) de pensamientos que pueden ser retraducidos del "lenguaje somático" en que se expresan al primitivo lenguaje de las palabras (543, 550).

Se puede encarar una aproximación al problema de los síntomas neuróticos mediante la comparación con los ataques afectivos. Éstos se producen, como dijimos anteriormente, cuando un estímulo intenso (o bien un estímulo normal en un caso de estancamiento) elimina momentáneamente el dominio del yo sobre la motilidad, y los actos intencionales son suplantados por un síndrome arcaico de descarga. (Estos síndromes, más tarde, pueden ser aplacados o colocados al servicio del yo, una vez restablecido éste.) Los síntomas de conversión se caracterizan también por un desbaratamiento repentino del dominio del yo sobre la motilidad y los síndromes involuntarios de descarga física. Existe, siempre, una diferencia, y es que en los afectos normales los síndromes que reemplazan a los actos son análogos en todos los seres humanos. Su origen nos es desconocido y el deseo de hallarles explicación nos remite a especulaciones filogenéticas. Los síndromes de conversión, en cambio, tienen carácter único para cada individuo, y su origen es revelado por el análisis: han sido históricamente determinados, en cada caso, por experiencias del individuo que pertenecen a su pasado. Representan una expresión deformada de exigencias instintivas reprimidas, y en cuanto al tipo específico de deformación, es determinado por los acontecimientos del pasado que dieron lugar a la represión.

REQUISITOS PREVIOS DE LA CONVERSION

Dos son los requisitos que preceden necesariamente a la conversión, uno de carácter físico y de índole psicológica el otro. El prerrequisito físico está representado por la erogeneidad general del cuerpo humano, en virtud de la cual todo órgano y toda función tiene la posibilidad de expresar la excitación sexual. El prerrequisito psicológico consiste en un previo abandono de la realidad por la fantasía, una sustitución de los objetos sexuales reales por fantasías representativas de objetos de la infancia. Este proceso es lo que se llama introversión.

Se recordará que, una vez instaurado el pensamiento como una actividad de tanteo, son dos los tipos posibles de pensamiento, el que sirve de preparación para la acción y el que suplanta a la acción. El primero es lógico y verbalizado, y funciona de acuerdo con el principio de realidad, mientras que el segundo es pensamiento de imágenes, arcaico y mágico, y funciona de acuerdo con el principio de placer. Los sueños diurnos corresponden al segundo tipo de pensamiento; representan un sustituto placentero de una realidad penosa. Sucede con mucha frecuencia que los sueños diurnos se vinculan a exigencias reprimidas, y son objeto de una sobrecautela por desplazamiento de lo reprimido, convirtiéndose de esta manera en derivados de lo reprimido (564).

En su introversión, los histéricos han regresado de una realidad que es para ellos motivo de decepción al pensamiento mágico de los sueños diurnos. Esto podrá mantenerse en el plano consciente mientras los sueños diurnos se hallen bastante alejados de los contenidos reprimidos, y especialmente del censurable complejo de Edipo, pero aquéllos serán reprimidos tan pronto se acerquen a tales contenidos (véase pág. 225). En este caso vuelven de la represión, deformados, como síntomas de conversión.

El histérico presenta, a causa de la introversión, el aspecto de una personalidad "dada vuelta hacia adentro". Sus síntomas, en lugar de estar constituidos por actos dirigidos hacia el exterior (actividad aloplástica), no representan otra cosa que simples intervenciones internas (actividad autoplástica). En otras palabras, las fantasías de los histéricos, luego de haber sido reprimidas, encuentran su expresión plástica en alteraciones de las funciones fisiológicas. Es a esto que se refería Ferenczi al hablar de "materialización histérica" de las fantasías (486, 489). Esta "materialización" del histérico no es otra cosa que la exageración de algo que se ve aparecer también en la fantasía normal, y en realidad en toda forma de pensamiento. El pensamiento, en cuanto reemplaza a la acción, no deja de ser por eso una partícula de acción. Las intervenciones que corresponden a los actos en que se piensa no dejan de efectuarse al pensar, sólo que se producen en un grado menor (482). Es esta "partícula de acción" lo que se observa en forma especialmente notoria en los introvertidos histéricos, y lo que sirve de base a las intervenciones que constituyen los síntomas de conversión.

ATAQUES HISTERICOS

Donde mejor se demuestra la posibilidad, antes mencionada, de retraducir los síntomas de conversión, de su lenguaje somático al lenguaje original de las palabras, es en los ataques de la gran histeria, raros, por lo demás, en la actualidad. Estos ataques consisten en la expresión pantomímica de historias fantásticas, a veces bastante complicadas (565, 1620). Son pasibles de análisis en todos sus detalles, del mismo modo en que se analizan los sueños, siendo sus mecanismos de deformación también los mismos del sueño.

Vale la pena recordar en qué consisten esos mecanismos de deformación: condensación, desplazamiento, representación por lo opuesto, exageración de detalles que representan el conjunto, inversión del curso de los hechos, identificación múltiple, simbolismo y selección en el sentido de la adecuación a la representación plástica (552).

Cuando se analizan los "pensamientos latentes del ataque" (tal como se analizan los "pensamientos latentes del sueño" a partir del sueño manifiesto) se ve que representan una mezcla de elementos de acontecimientos olvidados y de historias fantásticas (soñadas) elaboradas sobre la base de dichos acontecimientos (550, 1620). Representan expresiones deformadas del complejo de Edipo y de derivados del complejo de Edipo. Los ataques delatan claramente, a veces, el hecho de que ocupan el lugar de una gratificación sexual y pueden concluir en estados que se asemejan al orgasmo. Freud comparó la pérdida momentánea de conciencia en el momento culminante del ataque con la pérdida momentánea de conciencia en el momento culminante del orgasmo (565). En otros casos el ataque no encierra fantasías directamente relativas al coito por seducción; los sueños diurnos toman, más bien, como motivo central un aspecto del embarazo o el parto. El ejemplo clásico de esto se ve en los tan conocidos casos de pseudo embarazo hístico (150, 804), pero más de un caso de vómito hístico participa también de estas características. El ataque puede expresar también sensaciones sexuales características de una persona del sexo opuesto, con la que el paciente se ha identificado (562).

Una paciente solía sentir, en el momento culminante de sus accesos, un tironeamiento convulsivo de los brazos. En el análisis se estableció que representaban las castraciones espasmódicas del pene durante la eyaculación. Un significado análogo se evidenció en el caso de una paciente hística con ataques de estornudo. La nariz representaba el pene que poseía en la fantasía.

El acceso hístico puede expresar también actos de carácter pregenital que se han convertido en sustitutos de las ideas edípicas originarias.

No todos los ataques hísticos se producen en forma de actos o movimientos pantomímicos específicos que sugieren directamente al analista la situación del pasado o el sueño diurno del que forman parte. A veces

las manifestaciones de un ataque son mucho menos específicas y se producen ya sea en forma de convulsiones (véase "perturbaciones motoras", págs. 258 y sigs.), o bien de emociones o "humores" exagerados o enteramente inmotivados en apariencia, o de ataques de llanto, gritos o risa (1464).

Los ataques de esta índole constituyen también la culminación emocional de complicadas fantasías inconscientes. El llanto, los gritos y la risa son comparables en ese caso a emociones sentidas en el momento de despertar de un sueño, si bien el sueño mismo ha sido olvidado. La emoción manifiesta permite unas pocas reflexiones acerca del carácter emocional de los pensamientos latentes, pero nada más puede decirse a su respecto, a menos que se analicen los pensamientos latentes. El llanto hístico, por ejemplo, puede ser expresión de emociones muy variadas. A veces el tipo de llanto ofrece, por sí solo, un indicio. Puede ser un grito infantil de pedir ayuda (1419). Puede ser la expresión del desvalimiento (y el regocijo) de una mujer atacada sexualmente, puede corresponder a sueños de parto, o bien ser una expresión de rabia. También puede representar una formulación de "masculinidad". La risa, en los ataques de risa, expresa a menudo el triunfo por la realización fantástica de deseos hostiles (436), especialmente de deseos de venganza correspondientes al tipo "vengativo" de complejo de castración femenino (20). Pero la risa puede ser también simplemente una deformación (*pars pro toto*) de la excitación sexual, en la misma forma en que los niños expresan frecuentemente toda forma de excitación mediante una risa obsesiva y exagerada. El llanto hístico corresponde a menudo a un "desplazamiento hacia arriba" de conflictos acerca de la micción sexualizada (428, 1055).

Afines a los ataques hísticos son los síntomas de conversión que consisten en la aparición o desaparición patológica de necesidades físicas normales, tales como los ataques de hambre y de sed, una necesidad de defecar u orinar (759), o una repentina falta de apetito y de sed, una constipación o una oliguria (1577), o bien ciertas dificultades respiratorias. Todos estos síntomas de conversión tienen su raíz en períodos de la sexualidad infantil en los que otras funciones fisiológicas se hallan todavía al servicio de la búsqueda de placer, lo cual permite que los síntomas físicos se presten a expresar fantasías sexuales. El hambre, la sed, y las necesidades de excreción pueden ocupar el lugar de un deseo sexual; la anorexia puede representar la negación de un deseo sexual; la constipación o la oliguria, tendencias de retención relacionadas con deseos de embarazo o fantasías de incorporación (que se producen de acuerdo con la fórmula *niño = pene = heces*) (593, 832); el vómito y la diarrea pueden representar una resistencia a la vez a los deseos de embarazo y a las fantasías de incorporación.

CONVERSIONES MONOSINTOMATICAS

La base histórica de los síntomas de conversión es muy clara a menudo en los síntomas de la conversión monosintomática. En lugar de un recuerdo, se produce una invención, que tuvo lugar efectivamente en la situación.

olvidada. La primera paciente de Breuer, Ana O., experimentaba una parálisis del brazo cada vez que se acordaba inconscientemente de sus sentimientos hacia su padre. En el momento de morir el padre, estaba sentada junto a él, con el brazo apretado contra la silla, junto a su cama (188).

Conduce a confusiones el llamar órgano-neurosis a las histerias monosintomáticas, porque esta expresión debe reservarse para otro tipo de neurosis (véase págs. 272 y sigs.), pero a pesar de eso está se hace a menudo. Así, por ejemplo, las llamadas neurosis cardíacas a menudo son realmente histerias de conversión monosintomáticas, en las que los síntomas cardíacos expresan excitación o angustia, o ambas cosas a la vez, vinculadas a sueños diurnos inconscientes, de carácter específico.

Las histerias monosintomáticas confirman a menudo las concepciones de Ferenczi acerca de la "materialización" y la "genitalización" histéricas (489). Los pensamientos reprimidos encuentran su expresión sustitutiva en un cambio material de las funciones fisiológicas, y el órgano afectado es utilizado inconscientemente como sustituto de los genitales. Esta "genitalización" puede consistir en cambios objetivos de los tejidos, como por ejemplo, la hiperemia o el edema como representación de una erección, o bien limitarse a sensaciones anormales que imitan las sensaciones genitales. Los así llamados estigmas pertenecen a esta categoría (487, 1167).

Un paciente que sufría de una neurosis cardíaca contaba que sus continuas palpitaciones del corazón eran acompañadas de una sensación de que el corazón se ponía cada vez más grande, que todo el pecho se le ponía cada vez más tenso hasta llegar a un punto casi insoportable, y que entonces se detenía todo el proceso, cesaban las palpitaciones y el corazón se "encogía" nuevamente. Las sensaciones representaban una erección creciente, que terminaba finalmente en el orgasmo.

Unos días después de haberse hecho esta interpretación, el paciente informó de la aparición de un nuevo síntoma. Ahora sentía como si el corazón se abriera para dar cabida a algo dentro de sí. La "genitalización" del corazón, en este caso, tenía, por lo tanto, un significado bisexual: representaba tanto los genitales masculinos como los femeninos.

DOLORES HISTERICOS E IDENTIFICACION HISTERICA

Los síntomas de conversión son procesos de descarga intermitente o continua que aparecen en lugar de los impulsos sexuales inhibidos, a los que se hallan vinculados por asociaciones inconscientes. Un primer tipo de dolor histérico "existió realmente —dice Freud— en la situación en que tuvo lugar la represión" (618). En los casos en que el dolor físico originario fue sentido por el mismo paciente, la repetición del dolor en el síntoma de conversión es el sustituto de una excitación placentera deseada que de algún modo ha quedado vinculada al dolor; éste constituye ahora, al mismo tiempo, una señal de advertencia en el sentido de no entregarse a esas sensaciones de placer.

Una paciente sufría dolores en el bajo vientre. El dolor era una repetición de sensaciones que había experimentado, siendo niña, durante un ataque de apendicitis. En esa época fue tratada por su padre con desusada ternura. El dolor de vientre expresaba al mismo tiempo nostalgia de la ternura de su padre y temor de que la satisfacción de esa nostalgia pudiera ser seguida de una operación aún más dolorosa.

Las enfermedades de la infancia constituyen a menudo episodios muy impresionantes en la evolución de los conflictos instintivos del niño, revisitando el carácter, a veces, de satisfacciones (lograr más amor, o nuevas formas de amor de parte de los padres, o sentir el cuerpo propio de una manera nueva), y más a menudo el carácter de amenazas (la enfermedad puede ser percibida como una castración, o bien, generalmente, como una consecuencia punitiva de anteriores prácticas de masturbación o de alguna otra forma de conducta instintiva). Las sensaciones experimentadas en la fiebre son muy apropiadas para representar las sensaciones de una excitación instintiva temida, placenteras hasta cierto punto y dolorosas y atemorizantes más allá del mismo. Los síntomas de conversión ulteriores, al reproducir los dolores de las enfermedades de la infancia, representan una repetición de los conflictos instintivos creados y movilizados por dichas enfermedades. En otros casos el vínculo asociativo entre el conflicto instintivo y la enfermedad que se inicia puede ser de carácter muy superficial. La forma especial de un síntoma de conversión que imita una enfermedad pasada puede ser una mera señal de tiempo para advertir que un síntoma alude a un impulso que corresponde a la época de esa enfermedad.

En términos generales puede hacerse esta formulación: cada vez que una perturbación funcional ha quedado asociada, en la infancia, a un conflicto emocional, y este conflicto ha sido reprimido, toda alusión posterior, ya sea a la perturbación funcional o al conflicto emocional, puede reactivar ambos componentes del síndrome total; la perturbación funcional toma el carácter de manifestación consciente, mientras que el conflicto emocional se convierte en la fuerza inconsciente impulsora de los síntomas de conversión (313, 316).

Pero hay otro tipo de dolor histérico en el que las sensaciones originarias imitadas en el síntoma de conversión han sido experimentadas no por el paciente sino por otra persona a quien el paciente irrita al elaborar el síntoma. La histeria, como es sabido, puede imitar cualquier enfermedad, circunstancia ésta que hace que el cuadro clínico de la histeria de conversión sea tan extremadamente multiforme. Esta "identificación histérica", que expresa el deseo de ocupar el lugar de otra persona, necesita ser tratada con más detalle.

La identificación es la primera de todas las formas de reacción a un objeto. Todas las formas posteriores de relación de objeto pueden regresar, en determinadas circunstancias, a la identificación. La identificación *histérica* se caracteriza por el hecho de que no compromete todo el monto de catexis disponible (408). Existen varias variantes de este tipo de identificación.

1. El caso más simple es el de la "identificación histérica con el rival afortunado", es decir, con una persona a quien el paciente envidia y cuyo lugar ha querido ocupar desde un comienzo. Dora, la paciente de Freud, adquirió una tos como la de la señora K., en quien percibía inconscientemente una rival. Dora envidiaba a la señora K. sus experiencias sexuales. En virtud de los sentimientos de culpa a que daba lugar esta rivalidad, Dora no podía colocarse en la posición de la señora K., es decir, en la posición que le gustaría, sino que tuvo que elegir el mal que padecía la señora K. como punto de identificación (557). Esta identificación a través de sus sentimientos de culpa reemplazó la identificación deseada en el terreno de las experiencias instintivas. Es el mismo caso del rey Midas, el personaje mitológico tan ávido de oro. Su deseo le fue concedido, pero en una forma tal que el oro fue su perdición.

El mecanismo del castigo de Midas puede ser observado a menudo en todos los tipos de neurosis, en las neurosis obsesivas tal vez con más frecuencia que en las histerias. Las obsesiones pueden expresar esta idea: "Recibirás lo que has deseado, pero de una manera, en un grado o en un momento tal que será tu perdición". En los síntomas de esta índole hay diversas capas de pulsiones y defensas condenadas entre sí, y no es cosa fácil distinguir entre el impulso instintivo que vuelve de la represión y la tendencia del superyó, que caricaturiza el impulso instintivo con fines punitivos.

2. Sucede a veces que una mujer cuya histeria se debe a su complejo de Edipo hace una identificación no con su rival, que es la madre, sino con su amado padre. De esto resulta una situación más complicada. Siempre que una persona se ve obligada a renunciar a un objeto, puede elaborar una tendencia a compensar esa pérdida mediante la identificación con el objeto (608). Cuando una mujer histérica carga con la enfermedad del padre demuestra con ello que está tratando, en vano, de liberarse de él.

Una paciente imitaba, con sus síntomas histéricos, una tuberculosis. Su padre, cuando fue joven, había padecido esta enfermedad. Adoptó, además, la misma profesión que el padre, y estaba muy próxima a la homosexualidad manifiesta.

Una identificación de esta índole ofrece, al mismo tiempo, una oportunidad de gratificación del complejo de Edipo negativo (562).

3. La forma más frecuente de identificación histérica es la que se produce con un objeto con el cual el paciente no tiene una relación objetal auténtica. Se crea "sobre la base de necesidades etiológicas idénticas". Freud utilizó como ejemplo el caso de una epidemia histérica en un colegio de niñas. Una niña recibe una carta de amor y se desmaya, y en seguida se generalizan las crisis de desmayo entre las demás. El significado inconsciente es éste: "también a nosotras nos gustaría recibir cartas de amor" (606). El objeto de la identificación no significa sino que ella ha obtenido una gratificación que también cada una de las otras ansiaba recibir. Una vez más, el hecho de producirse episodios penosos es una expresión de las

fuerzas represivas, una especie de satisfacción de un deseo "a lo Midas": "¿Querían ser tan felices como X? Pues por eso mismo, ¡aquí tienen el castigo que recibió ella!"

El caso de la identificación sobre la base de necesidades etiológicas iguales, siendo de carácter temporario y teniendo lugar con un objeto con el cual no existe ninguna otra relación, nos ofrece la oportunidad de considerar la relación entre identificación e imitación. Este mecanismo tiene la apariencia de una simple imitación. Sin embargo, es inconsciente. Toda imitación, sea consciente o inconsciente, presupone una especie de identificación, es decir una alteración del yo propio, que sigue las líneas de un objeto tomado como modelo. Pero la identificación en que se basa la imitación, en contraste con otros tipos de identificación, es superficial, limitada, caprichosa, y empleada solamente para un determinado propósito. Este propósito puede ser consciente o no. Objeto de imitación inconsciente puede ser todo aquel que parece ofrecer, como prototipo, alguna ventaja económico-libidinosa, alguna posibilidad de encontrar alivio a los conflictos internos. Afín a éste es el fenómeno de la contagiosidad de los lapsus y errores (1285, 1524).

4. Existen también las identificaciones múltiples, especialmente en los ataques. Una paciente histérica puede representar, en forma simultánea o sucesiva, el papel de diversas personas con las que se ha identificado de acuerdo con cualquiera de los tipos descritos. Los ataques de una paciente de esta clase representan a menudo la puesta en escena de un drama completo.

El ejemplo clásico de esto es la paciente de Freud que trataba de desvestirse con la mano derecha, al mismo tiempo que con la izquierda aferraba la ropa para impedirlo. Quería identificarse simultáneamente con un hombre que está violando a una mujer y con la mujer atacada (562, y cf. también 471).

Una culminación de las identificaciones múltiples es la que nos ofrece el famoso caso de la "personalidad múltiple" (1065, 1586).

Puede haber incluso identificaciones histéricas con un dolor que el modelo de la identificación en realidad no experimentó nunca, a no ser en la fantasía del sujeto histérico.

Una paciente sintió un día un intenso dolor en un dedo. Afirmaba haber sentido como si se hubiera inferido una herida en el dedo con un cuchillo. Estaba enamorada de un primo estudiante de medicina, que no vivía en la misma ciudad. Tuvo la fantasía de que tal vez en el mismo momento en que ella sentía el dolor, él podría haberse cortado mientras hacía una disección. Esta fantasía, que le proporcionaba el placer de una vinculación mágica con el amado, era un sueño diurno onísciente. La continuación inconsciente de este sueño diurno era la equiparación de *cuchillo = pene* y *cortar = coito*. El análisis puso también claramente al descubierto que el primo era un sustituto del padre, mientras que su identificación con un cadáver se vinculaba a teorías sexuales infantiles específicas.

Se puede hablar incluso, en cierto sentido, de "identificaciones histéricas consigo mismo", es decir, con un estado anterior del yo (387). Muchos

síntomas de conversión tienen el significado de un regreso a aquel período de la infancia en que tuvo lugar la represión cuyo mantenimiento se halla ahora en peligro.

En algunos dolores histéricos, lo que más llama la atención no es la repetición de dolores pasados reales (o imaginarios) sino la imaginación anticipada de sucesos deseados y de un futuro castigo a causa de los mismos. Los dolores pueden formar parte de fantasías sexuales inconscientes. Pueden expresar la idea de violación. Ciertos dolores de vientre, e incluso ciertos dolores de cabeza, pueden expresar la idea de estar encinta. Estos casos dolorosos de sueños diurnos no se oponen necesariamente, sin embargo, a los dolores histéricos descritos antes. Sirven para ilustrar el temido y anhelado futuro mediante la actualización de experiencias conexas, reales, del pasado.

ALUCINACIONES HISTERICAS

Las alucinaciones histéricas "fueron percepciones en la época de la represión" (618).

Una paciente sufría la torturadora alucinación de sentir un gusto metálico en la boca. Resultó ser que, cuando niña, había tenido el hábito de beber poniendo la boca directamente en la canilla del agua. En aquella época lo que ahora era una alucinación fue una percepción real. Esta práctica infantil encubría deseos inconscientes de felacio.

También las alucinaciones olfativas pueden ser reducidas, algunas veces, a determinadas percepciones del pasado que tuvieron alguna significación instintiva. Esto no contradice, desde luego, el hecho de que las alucinaciones de esta especie pueden expresar simultáneamente una fobia referente a un olor corporal. Existen también estados transitorios entre las alucinaciones histéricas y las psicóticas (exactamente tal como los hay entre temores histéricos y delirios).

PERTURBACIONES MOTORAS HISTERICAS

"Una parálisis motora es una defensa contra la acción" (618), vale decir, contra un acto sexual infantil censurable.

La parálisis histérica se halla acompañada habitualmente de un aumento en el tono. Esto representa a la vez una seguridad contra el acto sexual censurable y un sustituto deformado del mismo. Los "equivalentes masturbatorios" histéricos adoptan a menudo esta apariencia. Las circunstancias históricas y el grado de la complacencia somática (véase págs. 263 y sigs.) son los factores que deciden qué parte especial de la musculatura se verá afectada por la parálisis. En cuanto a esta clase de síntomas, se afirma que aparecen con más frecuencia en el lado izquierdo del cuerpo que en el derecho. Esto puede explicarse, como lo sugirió Ferenczi, por la idea de que el lado izquierdo del cuerpo es más accesible, en general, a las influencias

inconscientes que el lado derecho, porque, salvo en el caso de los zurdos, hay menos interés consciente en el lado izquierdo (489). Además hay que tener en cuenta el significado simbólico de *derecho* como *correcto e izquierdo* como *incorrecto* (1479), y algunas veces, especialmente, el de *derecho* como *heterosexual e izquierdo* como *homosexual* (1463).

El mutismo histérico es un caso especial de parálisis histérica. Puede expresar una hostilidad o una angustia (una tentación sexual temida) frente a las personas en cuya presencia es creado el síntoma, una falta general de interés respecto a las personas con las que se daría la posibilidad de hablar (en el caso de Dora se producía el mutismo en ausencia del hombre a quien amaba [577]), bien puede significar muerte o castración.

Un espasmo es una manera de asegurar que será evitada la acción y al mismo tiempo un sustituto tónico de la acción.

Un espasmo limitado a una parte del cuerpo puede representar la erección, pero no tiene que ser forzosamente así. El espasmo muscular puede ser simplemente la expresión física de la represión. La hipertonía puede ser representativa de una actitud general en el sentido de "hay algo que debo refrenar". En una paciente que experimentaba un grave espasmo del suelo pélvico durante el coito, este síntoma era, ante todo, un vaginismo generalizado, que aseguraba su resistencia a las experiencias de carácter sexual, y representaba también impulsos hostiles hacia el partenaire sexual y tendencias a empujar hacia adelante un pene oculto que poseía en su fantasía. Ferenczi ha demostrado cómo un "espasmo general de refrenamiento" puede ser producto de un desplazamiento de las funciones de los esfínteres anales (parte constituyente del suelo pélvico) al sistema muscular en general (505).

Algunos espasmos histéricos tienen la función de asegurar una inhibición específica. Se producen cuando se intenta realizar una actividad prohibida por el superyó, ya sea por el significado sexual de esa actividad, o bien, en el caso del masoquismo moral, cuando esa actividad podría conducir a un éxito prohibido. De este tipo son los calambres de los escritores y los violinistas (867).

El famoso *arc de cercle*, actualmente raro, representa, según Freud, las inervaciones antagónicas del coito, una representación por lo opuesto que expresa simultáneamente el deseo reprimido y las fuerzas represoras (565). Otros autores han añadido a esto que el síntoma expresa una tendencia de tipo masculino —un intento de empujar hacia adelante un pene oculto (1564)— y al mismo tiempo una tendencia femenina, la idea de parto (1025).

Una contractura es un sustituto por desplazamiento de una inervación muscular deseada pero inhibida. Representa habitualmente la rigidez tónica resultante de una lucha entre impulsos opuestos.

También las convulsiones representan equivalentes de afectos o son la expresión pantomímica de un sueño diurno sexual, agresivo o sexual agresivo. Las convulsiones histéricas imitan a veces las convulsiones orgánicas que el paciente ha presenciado. De la llamada histeroepilepsia nos ocuparemos más adelante.

ESTADOS DE SUEÑO HISTERICOS Y PERTURBACIONES DE LA CONCIENCIA

Un estrecho parentesco existe entre los estados de sueño histéricos y los ataques. Tal como en éstos, los sueños, que constituyen derivados de lo reprimido, toman posesión, involuntariamente, de la personalidad, sólo que aquí falta la descarga pantomímica. El sueño diurno, que es un brote de fantasías edípicas, irrumpe como tal, apartando al paciente de la realidad (3, 196). A veces el significado sexual de esta ausencia se manifiesta directamente en un placer voluptuoso que el paciente encuentra en ese estado. Sucede, más a menudo, que también el afecto es reprimido, y la nueva ola de represión contra los derivados que han sido reactivados mantiene a éstos tan lejos de la conciencia que el paciente mismo no está en condiciones de referir nada de lo que ha experimentado, y sólo sabe que existe una laguna en su conciencia (1015).

Una especie de mezcla de ataques histéricos y estados de sueño histéricos es la que se observa en el síntoma de conversión del *sonambulismo*. El "estado de sueño" es aquí de carácter fisiológico. El sonambulismo se produce durante el sueño nocturno normal, pero tiene lugar una "descarga pantomímica". A veces esta descarga solamente expresa en forma inespecífica la inquietud originada en la tensión interna, pero más frecuentemente la descarga es de carácter altamente específico. Los movimientos del sonámbulo constituyen una respuesta ya sea a su sueño manifiesto, ya a los conflictos latentes subyacentes al sueño. A veces lo que está en primer plano es una fuga de la cama, sentida como lugar de tentación. Más a menudo, el sonambulismo responde a una finalidad positiva hacia la que tiende el paciente: ya sea un lugar de gratificación potencial de impulsos inconscientes, ya un lugar de reaseguramiento eficaz contra los mismos, o bien ambas cosas a la vez (711, 717, 1286, 1341, 1343).

La finalidad típica del sonambulismo infantil es el deseo de participar en la vida nocturna de los adultos. El objetivo típico es el dormitorio de los padres, que significa ya sea un lugar donde se puede presenciar, o perturbar, secretos sexuales, ya un lugar de protección contra pesadillas y tentaciones, pero habitualmente las dos cosas a la vez. Cuando el sonambulismo se combina con pérdida de control de la vejiga, esto no prueba necesariamente la existencia de un *petit mal* orgánico, pero puede ser un signo de excitación sexual inconsciente del niño. A veces el sonambulismo expresa una tendencia a huir de la casa. La vieja superstición que pretende vincular el sonambulismo y la luz lunar se debe en parte al valor emocional del claro de luna, que es a la vez "luz" y "sombra", y es por lo tanto apropiada para expresar las confusas ideas que el sueño tiene sobre la sexualidad y los hechos que ha observado al respecto, y en parte al significado simbólico de la luna (*luna = madre*) (430, 1322, 1579).

No se conoce cuáles son las circunstancias físicas o mentales que hacen posible el uso del sistema motor durante el sueño, hecho éste que contradice la regla general según la cual, en el proceso de dormirse, es generalmente

el sistema motor el que primero se paraliza (595), pero está de acuerdo con el hecho de que en el sueño hipnótico la motilidad se halla libremente accesible a los mandatos hipnóticos.

Las perturbaciones de la conciencia se hallan generalmente en relación con la represión de un derivado ordinario de la sexualidad infantil (1015, 1336). La eliminación transitoria de toda forma de conciencia es, por decir así, una represión generalizada, y constituye probablemente el patrón arcaico de toda represión (410). El contenido ideacional de los impulsos que penetran en los estados de sueño o producen perturbaciones de la conciencia es tan variado como las fantasías que dan lugar a los síntomas histéricos en general. En el estado de sueño, el anublamiento transitorio de la conciencia puede no solamente expresar represión, sino que puede tener un significado inconsciente propio. Puede, en este caso:

- a) representar el orgasmo;
- b) tener el significado de muerte, lo cual, a su vez, puede significar o bien deseos de muerte contra otra persona vueltos contra el propio yo, o tener algún significado libidinoso inconsciente;
- c) puede servir como un medio de bloqueo (y de expresión deformada) de impulsos hostiles de toda índole.

Esto es especialmente válido en los ataques histéricos de hipotonía y fatiga repentina, que pueden representar algunas veces estados de transición hacia la narcolepsia orgánica. Las perturbaciones de la conciencia, gracias al efecto que tienen sobre las personas que rodean al paciente, ofrecen una oportunidad para toda clase de beneficios secundarios. Es necesario no perder de vista, en todos los estados de sueño histéricos y las perturbaciones de la conciencia, el diagnóstico diferencial de los equivalentes epilépticos.

PERTURBACIONES HISTERICAS DE LOS SENTIDOS

Las perturbaciones histéricas de las percepciones sensoriales particulares representan "perturbaciones histéricas electivas de la conciencia" y se les puede aplicar todo lo que hemos dicho sobre perturbaciones de la conciencia en general. Las perturbaciones de las percepciones sensoriales representan el repudio de las trastornadoras percepciones sexuales. Las percepciones de esta índole pueden extenderse desde la ceguera y la sordera pasando por las alucinaciones negativas, hasta las limitaciones restrictivas del uso de los sentidos, que mencionamos al ocuparnos de las inhibiciones (véase pág. 208). Los síntomas de esta especie aparecen a veces a continuación de un trauma, en forma de inhibición post traumática del yo (917), pero pronto adquieren un "significado" histérico y son conservados como síntomas de conversión.

Las restricciones en las percepciones de los sentidos son también un síntoma de introversión histérica, es decir, de una ausencia de interés en los acontecimientos externos. Esta ausencia de interés aumenta la posibilidad de sustituir la realidad por fantasías.

Las perturbaciones histéricas de la visión constituyen el tema de un artículo muy esclarecedor de Freud (571). El "no puedo ver" de un histérico significa "no quiero ver". Revela un impulso reprimido de ver (y de exhibir). Desde un punto de vista punitivo expresa: "porque quieres ver algo prohibido, no podrán ver en absoluto" (367). Con frecuencia se ha descrito, como fenómeno característico de la histeria, un estrechamiento del campo visual. Ferenczi lo explicó por el hecho de que la visión periférica tiene menos significado para el yo, y es por ello más fácilmente sexualizada (489).

La sexualización de la visión no siempre se debe a una simple escotofilia ni a la "genitalización" inconsciente del ojo. El ojo puede representar también, simbólicamente, zonas erógenas pregenitales. Como órgano del sentido puede representar en particular anhelos oral-incorporativos y sádico-orales (430). Las dificultades neuróticas en la lectura se deben habitualmente a conflictos sádico-orales (1512).

Una defensa contra tendencias sádico-orales es también la causa habitual de otro síntoma de conversión de la visión: la micropsia, es decir, el fenómeno en virtud del cual los objetos aparecen como si se vieran a través de un binóculo invertido. Las alucinaciones e ilusiones del sentido del espacio parecen repetir generalmente experiencias de las épocas orales más tempranas (410), pero es en la micropsia donde esto resulta particularmente evidente. Una paciente de Inman experimentaba este síntoma cada vez que se reactivaba su intensa y frustrada nostalgia oral (831). Una paciente de Bartheimer había desplazado muy tempranamente a los ojos una intensa envidia de los alimentos.

Su micropsia expresaba una tendencia a empujar a distancia los objetos; esto constituía una tentativa de defenderse de la idea de matar a los objetos con los ojos y un retorno deformado de este impulso rechazado (89).

PERTURBACIONES HISTERICAS DE LA SENSACION

A primera vista las perturbaciones de la sensación, del mismo modo que las parálisis y las inhibiciones de los sentidos, producen más la impresión de una defensa que de un retorno de lo reprimido. La eliminación de la sensación hace más fácil la supresión de los recuerdos pertenecientes a las regiones del cuerpo afectadas en cada caso. Pero al mismo tiempo están al servicio de los impulsos reprimidos, porque a causa precisamente de esta anestesia, la región anestesiada puede ser más aprovechada por las fantasías inconscientes. Las perturbaciones histéricas de la sensación en general constituyen represiones de las percepciones internas, así como las perturbaciones sensoriales son represiones de las percepciones externas (489).

La hipalgia histérica es una especie de desmayo localizado; ciertas sensaciones, que serían dolorosas, no son aceptadas. El mecanismo básico, en este caso, es probablemente afín al de la defensa arcaica de "postergación de afectos".

FACILITACION SOMATICA *

En todos estos síntomas la catexis total de los impulsos censurables parece condensarse en una función fisiológica determinada. La elección de la región afectada es determinada:

1. Por las fantasías sexuales inconscientes y la correspondiente erogeneidad de la parte afectada. Una persona con fijaciones orales elaborará síntomas orales, una persona con fijaciones anales, síntomas anales. Y las fijaciones, a su vez, dependen a la vez de factores de constitución y de la experiencia pasada. Sin embargo, la regresión a los puntos de fijación en los síntomas de conversión se limita a la elección del órgano. Lo que se expresa en una zona pregenital son fantasías genitales, es decir, órganos no genitales son "genitalizados" (489). Ya hemos dicho que los neurasténicos crónicos hacen un uso pregenital de sus órganos genitales. Ahora debemos agregar que en la histeria de conversión las zonas pregenitales son usadas en forma genital (565, 571).

2. Por hechos puramente físicos. Está a la vista que un síntoma utilizará más fácilmente un órgano que representa un *locus minoris resistentiae*. Este *locus*, una vez más, puede haber sido creado por una debilidad constitucional o por una enfermedad adquirida. Un individuo de intensa labilidad vasomotora será más propenso a los síntomas vasomotores. Un individuo orgánicamente miope es más propenso a elaborar síntomas oculares.

Se puede reconocer la acción de una "complacencia somática" de este tipo, por cierto, en los casos denominados de "superestructura histérica de las enfermedades orgánicas" (285, 1028, 1508). Los síntomas de causa orgánica pueden ofrecer al mismo tiempo la oportunidad para que surja una expresión deformada de impulsos deformados, vale decir que pueden adquirir un significado secundario de conversión. No provienen de una conversión, pero pueden ser usados por la conversión, de ahí que pueden persistir como hecho psicológico una vez que la causa orgánica ha dejado de existir.

3. La elección del órgano puede depender de la *situación* en que tuvo lugar la represión decisiva. Los órganos más propensos a convertirse en asiento de perturbaciones son aquellos que, en el momento de producirse la represión decisiva, estuvieron más activos o bajo el efecto de la tensión más intensa (316, 532).

4. Algunas veces la elección del órgano afectado parece depender más bien de la capacidad, de parte de la función de un órgano dado, de expresar simbólicamente el impulso instintivo en cuestión. Las tendencias de incorporación encuentran su mejor expresión en la boca, los órganos respiratorios y la piel, y las tendencias de eliminación en el aparato intestinal, así como también en el respiratorio. Los órganos convexos, como la mano,

* Traducimos así *somatic compliance* (versión del alemán *somatisches Entgegenkommen*). (T.)

el pie, la nariz y los senos pueden simbolizar el pene y representar deseos masculinos; los órganos cóncavos, como la boca, el ano, las fosas nasales y las partes de flexión de las extremidades pueden simbolizar la vagina y representar deseos femeninos.

RASGOS ARCAICOS EN LA CONVERSION

Los síntomas de conversión no se limitan al sistema muscular voluntario, sino que se producen también en la esfera del sistema vegetativo. El impulso de expresión de los deseos sexuales inconscientes por vía física (y de una manera deformada) tiene a su disposición un territorio mucho más extendido que el que puede utilizar la voluntad consciente. Como es notorio, la influencia de los mandatos hipnóticos se extiende a un número de funciones fisiológicas mucho mayor que el de las funciones que controla la voluntad consciente, y un entrenamiento intenso, en personas constitucionalmente predisuestas, puede lograr que estas funciones resulten accesibles también a procedimientos de autosugestión (1410). Estas mismas funciones son utilizadas por la conversión. En términos generales, son más las funciones corporales controladas por el yo "arcaico" que las que dirige nuestro yo adulto. Las "hiperfunciones" histéricas representan una regresión a las condiciones arcaicas que rigen en la primera infancia. Y en efecto, las características de la motilidad arcaica y las percepciones arcaicas que hemos descrito (véase págs. 52 y sigs. y 59 y sigs.) pueden observarse nuevamente en la historia de conversión.

La comprensión alcanzada acerca de este carácter regresivo del fenómeno de conversión puede constituir un punto de partida de especulaciones acerca del origen arcaico de la capacidad de conversión autoplástica. Aquí es el caso de recordar la teoría de Lamarck sobre la evolución de las especies, según la cual la evolución se habría producido gracias a la adaptación autoplástica del cuerpo a las exigencias del ambiente. Una conversión histérica puede ser una especie de último vestigio de esta capacidad primitiva de adaptación autoplástica de los animales.

Durante la evolución normal hacia la edad adulta, se pierden algunas aptitudes del cuerpo, pero la persona histérica vuelve a tenerlas a su disposición. Ferenczi señaló cierta vez que la educación no es solamente la adquisición de nuevas aptitudes, sino también el olvido de otras que, de no ser olvidadas, resultarían supranormales (489). Esto implica que la represión del autoerotismo impone la represión de algunas de las funciones que hicieron posible su acción.

Las "hiperfunciones histéricas", como retorno de lo reprimido, sirven para demostrar que las personas histéricas, al reprimir la sexualidad infantil, han reprimido una porción demasiado considerable de sus funciones corporales. El cuerpo, en las personas histéricas, es más o menos "ajeno" a su yo consciente; no han llegado a identificar el yo con el cuerpo. En el estado del yo de placer puro (588), todo lo que es doloroso es considerado

no-yo. Estas personas han considerado su cuerpo como cosa dolorosa, y en consecuencia lo han percibido como no-yo. Se hallan inhibidas tanto en lo que se refiere a la motilidad como a la sensibilidad. Las personas que consideran ajeno su propio cuerpo, cuando elaboran síntomas de conversión con aptitudes físicas aparentemente "supranormales", pueden repudiar más fácilmente el carácter psicogénico de sus síntomas.

Si bien en la historia de conversión la personalidad no regresa completamente a la pregenitalidad, hay, sin embargo, a menudo —especialmente en la mujer— una regresión a los objetivos instintivos de incorporación. Esto se manifiesta no solamente en el papel predominante que desempeña la identificación en la historia de conversión, sino también a través de signos más directos. La idea de felacio es extraordinariamente corriente en las fantasías de las mujeres histéricas (globo histérico). El análisis demuestra que esta idea es una expresión deformada del deseo de arrancar a mordiscos el pene e incorporarlo. Esta fantasía se halla abundantemente sobredeterminada. En los diferentes casos, parecen tener diferente importancia relativa las significaciones que vamos a enumerar. Esta fantasía puede significar: a) un desplazamiento hacia arriba de deseos genitales, b) la idea de embarazo, c) una venganza contra el hombre, poseedor del órgano envidiado, es decir, una expresión de tendencias activas de castración, y d) una incorporación del pene castrado y una identificación con el hombre (398, 407, 499).

Por esta fantasía, el hombre es privado de su pene. Para la mujer histérica, la fantasía de una unión genital se halla tan íntimamente ligada al deseo edípico, que la paciente termina por ser incapaz de un amor real. Sólo puede amar, para decirlo con las palabras de Abraham, si se excluyen los genitales, porque los genitales representan la parte censurable del amor. Ésta es la situación que trata de crear la mujer histérica cuando, en su fantasía, excluye los genitales arrancándolos con los dientes (26).

Un órgano afectado por un síntoma de conversión puede representar también un objeto que ha sido introyectado. Pero a pesar de esta incorporación el órgano continúa situado también en el mundo externo. La introyección histérica, como regresión de una relación objetal a la identificación, es más bien *parcial* que *total*.

SIGNIFICADO GENERAL DE LA CONVERSION

La historia de conversión es el tema clásico del psicoanálisis. De hecho, el método psicoanalítico fue descubierto, puesto a prueba y perfeccionado en el estudio de los pacientes histéricos (187, 188, 542, 543, 544, 548). La técnica psicoanalítica sigue teniendo en los casos de historia su campo más fácil de aplicación, y es en el terreno de la historia donde el tratamiento psicoanalítico sigue brindando los mejores resultados terapéuticos.

El carácter de transacción de los síntomas, en los que hallan su expresión tanto las fuerzas reprimidas como las represoras, y la relación

dinámica entre instintos y fuerzas antiinstintivas, son particularmente factibles de demostrar en la conversión.

Algunas personas se ruborizan a la menor alusión a un tema sexual. Esto es, desde luego, y ante todo, una expresión de defensa, pero al mismo tiempo se revela una excitación sexual en el hecho de que el individuo se ruboriza en respuesta a una insinuación de esa índole. El síntoma de conversión consistente en el hábito de ruborizarse expresa, por lo general, conflictos acerca del exhibicionismo (y acerca de las luchas por los suministros narcisísticos, cuyo logro es procurado mediante el exhibicionismo).

Cierta paciente, cuando se hallaba en reuniones sociales que representaban inconscientemente una tentación sexual, regularmente se sentía presa de una necesidad de defecar, lo cual le obligaba a abandonar la habitación. De esta manera se excluía de la desagradable situación, pero, por otra parte, demostraba con su acto sintomático, mediante la regresión a una expresión infantil de la excitación sexual, que había sentido la estimulación.

Desde el punto de vista del impulso reprimido, el síntoma de conversión es, para la persona histérica, incapaz de una gratificación sexual auténtica, el sustituto deformado de dicha gratificación. El hecho de que la "gratificación sustitutiva" del síntoma no es sentida conscientemente como placentera, sino más bien, habitualmente, como un grave sufrimiento, se debe a la acción de las fuerzas represoras. Algunas veces este sufrimiento puede ser considerado como un castigo que el paciente se infiere a sí mismo con el propósito de anular los sentimientos de culpa (37). Sin embargo, hay síntomas que representan exclusivamente una gratificación sexual, sin significado punitivo. Los síntomas de los cuales el paciente mismo no está enterado no pueden servir, naturalmente, como castigo.

En los síntomas de conversión la contracatexis puede manifestarse de diversos modos. Puede infiltrarse también, secundariamente, de diversos modos, a causa del retorno de los impulsos reprimidos. En los casos de perturbaciones de la conciencia, la inhibición de la función se debe a la contracatexis, pero ésta también ofrece la oportunidad de usar la función inhibida para la expresión de fantasías inconscientes. En el caso del dolor histérico, la atención dirigida a proteger el órgano dolorido, ha reemplazado, como manifestación de la contracatexis, la atención original dirigida a evitar la situación de tentación o de amenaza (618). El esfuerzo por racionalizar todos los síntomas como "físicos" es también una manifestación de la contracatexis. En el caso en que un odio inconsciente es sobrecompensado en forma de consideración exagerada, esto se debe a la acción de una especie de formación reactiva histérica (618).

COMPLEJO DE EDIPO, MASTURBACION Y PREGENITALIDAD EN LOS SINTOMAS DE CONVERSION

La afirmación de Freud en el sentido de que el complejo de Edipo es el complejo nodular de las neurosis es especialmente aplicable a la

histeria, que se mantiene en el nivel de la fase fálica del desarrollo sexual. Los individuos histéricos o bien no superan nunca su elección de objeto primitiva, o están tan fijados a ese objeto que a raíz de un desengaño ulterior vuelven a él. Por cuanto, a causa de esto, toda forma de sexualidad se convierte para ellos en el amor incestuoso de la infancia, el impulso que les lleva a reprimir el complejo de Edipo reprime toda su sexualidad.

El hecho de que la histeria aparezca con más frecuencia en la mujer que en el hombre se debe a que el desarrollo sexual de la mujer es más complicado. El proceso que conduce a renunciar al clitoris a cambio de la vagina puede haber quedado inconcluso. Pero lo característico en la estructura de la histeria no es solamente el complejo de Edipo y la "identificación heterosexual". Hay otras características inseparablemente vinculadas a ella, tales como los medios especiales utilizados para dominar el complejo de Edipo. Sucede a menudo que los niños a quienes se ha permitido quedar excesivamente fijados a sus padres se encuentran más tarde con que los mismos padres les prohíben, de alguna manera especial, la gratificación de sus deseos edípicos. Entre los individuos histéricos es frecuente encontrar el conocido tipo de "hijo de mamá", así como el tipo de mujer que parece no necesitar del hombre, pero que siente una admiración ilimitada por su padre.

Sería erróneo, sin embargo, suponer que el contenido último de los síntomas histéricos, el complejo de Edipo, resulta inmediatamente visible en el análisis. Entre las fantasías edípicas y los síntomas del adulto, se insertan fantasías infantiles de masturbación cuyo carácter edípico se halla a veces bastante deformado. Los conflictos originariamente vinculados al complejo de Edipo son desplazados a menudo al acto masturbatorio. A ello se debe el hecho tan frecuente de que el contenido inconsciente de los síntomas histéricos sea la lucha contra la masturbación. A menudo los espasmos, las contracciones musculares rítmicas y las perturbaciones sensoriales se evidencian a la vez como defensa contra (y sustitutos de) la actividad masturbatoria (357, 550, 733).

El fantaseo de los sueños diurnos, que puede estar dirigido conscientemente a impedir la masturbación, es inconscientemente, en primer término, una elaboración de las fantasías masturbatorias originales. A veces, en determinadas circunstancias, esta secreta relación se hace nuevamente manifiesta en forma inesperada (537). Cuando la persona logra reprimir los lazos existentes entre las fantasías y la masturbación, las fantasías no reprimidas, en su carácter de equivalentes inconscientes de la masturbación, se convierten a menudo en un interés excesivamente exagerado en relación con determinados dominios. Este interés, que la persona misma siente ocasionalmente como un arma contra la masturbación, se delata en el análisis como un retoño de fantasías masturbatorias vinculadas al complejo de Edipo. Lo mismo puede decirse de ciertos juegos autoeróticos habituales y ciertos actos sintomáticos que sirven de descarga a determinadas fantasías, sin que, en su mayor parte, la persona se dé cuenta de los mismos o, cuando menos, de la importancia que pueden tener para su equilibrio mental.

Las fantasías que se intercalan entre el complejo de Edipo y el síntoma histérico, son algunas veces por sí mismas de carácter genital, tales como, por ejemplo, ideas de embarazo y parto. Pero de ninguna manera esto tiene que ser forzosamente así. Los eslabones intermedios entre el deseo edípico y el sueño diurno aparentemente inocuo pueden ser ideas que tienen su origen en cualquier zona erógena y en cualquier instinto parcial. Si bien no son más que eslabones intermedios, no debe considerárseles, ciertamente, carentes de importancia desde el punto de vista práctico. Su descubrimiento y su elaboración puede requerir, en el análisis, más tiempo que el complejo de Edipo básico, y la forma que ha adquirido el complejo de Edipo mismo, como resultado de las experiencias del pasado infantil, sólo puede llegar a dilucidarse mediante el análisis cuidadoso de estas formaciones intermedias (418).

He aquí un ejemplo de fantasías intermedias orales. Una paciente se quejaba de vómitos y náuseas. Al asociar se dio cuenta de que el síntoma aparecía todas las veces que había comido pescado. A continuación de este descubrimiento, reveló algunas ideas acerca de la crueldad que supone el comer animales, y especialmente el comer pescado, porque los peces tienen "alma" (la tripa del arenque se llama en alemán *Seele*, que también quiere decir alma). El padre de la paciente había muerto. La idea de comer el alma del padre y hacer con ello que forme parte de su propio cuerpo servía para encubrir la fantasía inconsciente de unión sexual con él.

Ejemplo de una expresión pregenital de deseos predominantemente genitales en un síntoma de conversión es el hecho de mojar la cama, el equivalente masturbatorio más frecuente en los niños (91, 227, 263, 557, 667, 769, 793, 934, 1044, 1595).

La enuresis infantil (ya sea diurna o nocturna) es una descarga sexual. La excreción urinaria desempeña originariamente el papel de una actividad autoerótica que proporciona al niño una satisfacción erótico-uretral (y cutánea). Los pacientes en análisis reviven a veces el recuerdo de estas sensaciones autoeróticas, en los casos de eyaculación precoz, por ejemplo, donde se puede ver una equiparación inconsciente de semen y orina. Pero cuando el niño mayor, educado en los hábitos higiénicos, regresa a esta forma de satisfacción infantil, ésta ya no es autoerótica sino que se halla vinculada a fantasías referentes a objetos. Una vez que no se realiza ya en forma activa y con un placer sexual consciente, sino que se produce contra la voluntad del individuo, puede dársele ciertamente el nombre de síntoma de conversión. Entre el hábito infantil autoerótico de mojar la cama y el síntoma ulterior de enuresis ha habido un período de masturbación y la enuresis representa un sustituto y un equivalente de la masturbación suprimida. En algunos casos resulta posible demostrar, en efecto, que una prohibición de masturbarse ha servido de estímulo en el sentido de conducir a la enuresis como conducta sustitutiva. Del mismo modo que la masturbación, la enuresis puede constituirse en una función eferente de diversos deseos sexuales. En el momento culminante de la formación del complejo de Edipo, la enuresis es, ante todo y sobre todo, un instrumento de descarga de los impulsos edípicos. Pero del mismo modo que en los otros síntomas de conversión, se intercalan diversos deseos intermedios entre el complejo de Edipo, profundamente reprimido, y los síntomas finales erótico-uretrales y erótico-cutáneos. Es

interesante observar que la enuresis es, muy a menudo, expresión de fantasías sexuales propias del sexo opuesto. Las niñas en quienes el erotismo uretral es bien notorio se hallan casi siempre dominadas por una intensa envidia del pene. Su síntoma expresa el deseo de orinar como un varón. En los varones la incontinencia tiene habitualmente el significado de un rasgo femenino. Estos niños esperan obtener formas femeninas de placer "orinando pasivamente". Además, la forma pasiva de orinar puede expresar la regresión a las primitivas formas pasivo-receptivas del placer, a una nostalgia de las libertades de la primera infancia. Frecuentemente la enuresis representa, en efecto, un deseo de gozar nuevamente de los privilegios del bebé. El síntoma es precipitado a menudo por el nacimiento de un hermanito o una hermanita. Algunas veces la enuresis tiene, en tales casos, un significado pronunciadamente agresivo y de despecho, y va dirigido a lastimar a los padres en sus sentimientos: "Me tomaré los privilegios de un bebé, que ustedes me niegan". El significado agresivo y de despecho, del síntoma, puede ofrecer una oportunidad de expresar al mismo tiempo otras ideas de venganza, de origen pregenital (oral). Esto ocurre frecuentemente en aquellos casos de enuresis que constituyen la base de un síntoma ulterior de eyaculación precoz.

El síntoma de enuresis puede tener diversas consecuencias en el desarrollo del niño. La tendencia a dominar el síntoma puede influir de dos maneras en el desarrollo del carácter:

1. Puede transformar el temor inespecífico "a los propios impulsos peligrosos" en el temor específico de "perder el control". Y no es infrecuente comprobar en el análisis de un paciente que las dificultades que experimenta en entregarse a la asociación libre en el tratamiento analítico tengan como base un temor de orinarse. (Sin embargo, el temor de ser arrollado por la propia excitación puede tener también otros orígenes.) Esto se encuentra con más frecuencia en la mujer, en quien la frigidez se caracteriza a menudo por la idea inconsciente de que el dejarse arrastrar hasta el apogeo de la excitación podría acarrear la desdichada consecuencia de una pérdida del control de la vejiga. El hecho de que este temor sea más frecuente en la mujer se debe probablemente a que es más fácil que la retención de la orina—con el propósito de evitar la enuresis—despierte un placer erógeno secundario de retención (análogo al placer de la retención anal) en la niña que en el varón.

2. El temor general a los propios instintos peligrosos puede llegar a adquirir el carácter particular de *vergüenza*. La vinculación específica entre vergüenza y erotismo uretral ya ha sido mencionada (véase pág. 89). Mientras la incontinencia rectal en los niños es directa y activamente castigada, a los niños enuréticos se les hace sentir vergüenza. El castigo más frecuente es el de ponerlos en la picota. La ambición, como rasgo de carácter erótico-uretral, representa el empeño de evitar este tipo de vergüenza.

La incontinencia fecal en los niños mayores es un hecho mucho más raro que la incontinencia urinaria. Debe ser considerada también como un síntoma de conversión, que expresa una tendencia inconsciente de descarga anal de conflictos instintivos. Cuando se produce solamente en forma ocasional representa probablemente un equivalente de la angustia. Pero si se produce en forma habitual, representa una retención de la fase de ejecución de la función anal-sexual, o una regresión a la misma como equivalente o sustituto de la masturbación. Esto es ciertamente signo de una pronunciada orientación eróticoanal.

Y en efecto, es más frecuente el hallazgo de una historia de incontinencia anal en personas que más tarde presentan una neurosis obsesiva, que en las personas que hacen una historia.

Parecería estar en contradicción con la tesis general respecto a la represión sexual de los histéricos el hecho de que se describe tan a menudo a éstos como personas constantemente preocupadas por la sexualidad, y que tienden a "sexualizar" toda relación humana. Pero esta contradicción es tan sólo aparente. Precisamente por el hecho de que estas personas bloquean su sexualidad, ésta se estanca en su interior y luego aflora, por eso, en lugares inadecuados y en momentos inoportunos.

La erotomanía histérica es una pseudo hipersexualidad originada por la falta de satisfacción.

A veces sucede que los pacientes con síntomas de conversión se hallan enteramente libres de angustia. A veces los síntomas de conversión y los de angustia marchan los unos junto a los otros. El hecho de que la energía que ha quedado estancada a causa del conflicto neurótico quede ligada a alteraciones de funciones somáticas otorga cierta capacidad de descarga, o por lo menos una capacidad de fijar las catexis en forma más permanente, y constituye, por lo tanto, un medio de liberarse de la angustia o de evitar la abierta irrupción de ésta. Cuando la angustia aparece junto a los síntomas de conversión, es porque esta elaboración secundaria de la angustia ha fracasado o ha sido insuficiente.

EVOLUCION Y TRATAMIENTO PSICOANALITICO DE LA HISTERIA DE CONVERSION

Ciertas reacciones del yo del paciente a los síntomas de conversión son tan características de la histeria que será del caso anticiparse aquí y decir algunas palabras al respecto. Por un lado el yo intenta proseguir en su esfuerzo de reprimir los síntomas como un derivado de la sexualidad infantil, tal como antes había reprimido la sexualidad infantil misma. Al proceder de este modo, el yo se está esforzando por separar los síntomas del resto de la personalidad, por ignorarlos. Cuando la tendencia a ignorar los síntomas se impone, la actitud del paciente hacia sus síntomas es lo que Charcot denominó —según testimonio de Freud— *la belle indifférence des hystériques* (589). Por otro lado, y puesto que los síntomas son inevitables, el yo se esfuerza por ponerlos al servicio de sus propios fines. Si tiene que sufrir, quiere sacar de ello todo el provecho posible. De esta manera surgen los beneficios secundarios de la enfermedad, que hay que distinguir del beneficio primario, que consiste en evitar el enfrentamiento del complejo de Edipo. Decir que el deseo de obtener una pensión puede producir una histeria, es algo que puede compararse, como bien lo dijo Freud, a la idea de que un soldado, en el campo de batalla, se ha hecho arrancar una pierna por la metralla para obtener una pensión (618).

El pronóstico del psicoanálisis en las neurosis de conversión es favorable. En los casos típicos el curso del tratamiento es particularmente satisfactorio, por cuanto los pacientes reaccionan inmediatamente a las interpretaciones con cambios en la transferencia y la sintomatología, con lo

que proporcionan un índice infalible sobre el progreso del análisis. La indicación del tratamiento psicoanalítico resulta evidentemente apropiada, salvo en los casos en que ciertas dificultades individuales, originadas en circunstancias externas, o bien en la estructura caracterológica del paciente (481), complican desagradablemente la situación. Sólo aquellos factores que, independientemente del diagnóstico, deben considerarse siempre como obstáculos para el tratamiento psicoanalítico (véase págs. 640 y sigs.), constituyen, también aquí, un motivo de contraindicación. Allí donde sea imperativo el procurar una ayuda inmediata, o donde el complicado aparato del tratamiento analítico no parece necesario, por cuanto bastaría el empleo de medios más sencillos, o en aquellos raros casos en que la histeria parece ser la mejor solución para un conflicto intolerable de la vida real, o haya un beneficio secundario excepcionalmente grande, o por razones de avanzada edad, será necesario, naturalmente, considerar con la mayor detención el problema acerca de si conviene o no iniciar el tratamiento psicoanalítico.

CAPÍTULO XIII

ORGANO-NEUROSIS

¿QUE ES UN SINTOMA ORGANO-NEUROTICO?

No todos los cambios somáticos de carácter psicógeno merecen el nombre de conversión, por cuanto no todos ellos representan la traducción de una fantasía somática al "lenguaje corporal".

Las funciones orgánicas pueden ser influidas fisiológicamente por actitudes instintivas inconscientes sin que por ello los cambios que se produzcan tengan siempre un *significado* psíquico definido. Esta diferencia, con ser muy simple, no siempre es reconocida. Fue definida hace mucho tiempo por Freud, en su artículo sobre las perturbaciones psicógenas de la visión (571). Dice Freud:

"El psicoanálisis se halla completamente dispuesto a conceder, e incluso a sostener, que no toda perturbación visual funcional es forzosamente psicógena... Cuando un órgano que está al servicio de dos finalidades exagera la parte erógena, es de esperar, en general, que esto no ocurra sin modificaciones en su respuesta a la estimulación y en la inervación, las cuales se manifestarán como perturbaciones del órgano en su función al servicio del yo. Y efectivamente, cuando observamos que un órgano que ordinariamente sirve a los fines de la percepción sensorial presenta, de resultados de la exageración de su papel erógeno, precisamente el comportamiento de un genital, tendremos que esperar a encontrarnos incluso con modificaciones tóxicas en este órgano. Para los dos géneros de perturbaciones funcionales... nos vemos obligados a conservar, a falta de otro mejor, el inveterado y poco apropiado nombre de perturbaciones neuróticas. El parentesco entre las perturbaciones neuróticas de la visión y las psicógenas es, en general, el mismo que une a las neurosis actuales con las psiconeurosis. Dificilmente pueden producirse perturbaciones psicógenas de la visión sin perturbaciones neuróticas, si bien estas últimas, por cierto, pueden presentarse sin las primeras. Desgraciadamente estos síntomas neuróticos son hasta hoy poco valorados y comprendidos, por no ser directamente accesibles al psicoanálisis".

Estas líneas que acabamos de citar son de importancia básica, si bien la terminología es un tanto confusa. Hay dos categorías de perturbaciones

funcionales. Una de ellas es de carácter físico y consiste en alteraciones fisiológicas producidas por el uso inadecuado de la función en cuestión. La otra tiene un significado inconsciente específico; es la expresión de una fantasía en "lenguaje corporal" y es directamente accesible al psicoanálisis, en la misma forma que un sueño. Freud llama neuróticas a las dos categorías y no sugiere ningún término especial para la primera de ellas, mientras que califica a la segunda de psicógena. Esto es más bien confuso, ya que todo uso indebido de un órgano es también psicógeno. Sería preferible dar el nombre de órgano-neuróticos a los síntomas de la primera categoría, reservando para la segunda el nombre de conversión.

El concepto de conversión se define muy estrictamente, mientras que la primera categoría requiere aún aclaraciones ampliatorias.

Entre la esfera de los trastornos orgánicos de origen mecánico, físico y químico, y el campo de la conversión, se extiende un amplio dominio de alteraciones funcionales, e incluso anatómicas, para abarcar las cuales se usa la denominación de fenómenos órgano-neuróticos. La moderna denominación de perturbaciones "psicosomáticas" tiene la desventaja de sugerir la idea de un dualismo que no existe. Toda enfermedad es "psicosomática", ya que ninguna enfermedad "somática" se halla enteramente libre de influencias "psíquicas" —un accidente, incluso, puede haberse producido por motivos psicógenos, y no sólo la resistencia contra las infecciones, sino todas las funciones vitales, se hallan constantemente bajo la influencia del estado emocional del organismo— e incluso la conversión más francamente "psíquica" puede tener como base una complacencia puramente "somática".

En la cita de Freud está la clave de una clasificación de los fenómenos órgano-neuróticos o psicósomáticos. Esas líneas aluden, en realidad, a dos cosas diferentes. Los cambios funcionales debidos a influencias tóxicas, es decir, a cambios en el quimismo de la persona insatisfecha, afectada por un estancamiento, no son necesariamente idénticos a los cambios causados por un uso inconsciente de estas funciones al servicio de fines instintivos. Es necesario, además, tomar antes en consideración una tercera y aun más simple posibilidad: los ya mencionados equivalentes de afectos.

Habrá que distinguir, de esta manera, cuatro clases de síntomas órgano-neuróticos:

1. Equivalentes de afectos; 2, resultantes de cambios en el quimismo de la persona insatisfecha, afectada por un estancamiento (expresiones de "afectos inconscientes"); 3, resultantes físicas de actitudes inconscientes o de patrones de conducta de determinismo inconsciente; 4, toda clase de combinaciones de estas tres posibilidades.

EQUIVALENTES DE AFECTOS

Todos los afectos (síndromes arcaicos de descarga que sustituyen a los actos voluntarios) son exteriorizados por mecanismos motores o de secreción. Las expresiones físicas específicas de un afecto dado, cualquiera

que sea, pueden producirse sin las correspondientes vivencias psíquicas específicas, es decir, sin que la persona se percate de su significación afectiva. La excitación sexual, así como la ansiedad, pueden ser sustituidas por sensaciones en el aparato intestinal, o en el aparato respiratorio o el circulatorio (545). Cierta porción de las afecciones que pasan por ser órgano-neurosis son, en realidad, equivalentes de afectos. Especialmente las llamadas neurosis cardíacas, que a veces son histerias de conversión, a menudo parecen ser equivalentes de ansiedad. Lo mismo puede decirse de aquellas neurosis vegetativas que se producen cuando un carácter neurótico obsesivo o neurótico reactivo es perturbado en su relativa rigidez. Hay también "equivalentes subjetivos de afectos". Una vez que una emoción ha quedado asociada, en la infancia, a una determinada actitud física, esta actitud puede ser usada más adelante como expresión (deformada) de la emoción en cuestión (316).

El hecho de que los equivalentes de afectos tienen un valor de descarga menor, en comparación con los afectos cabalmente experimentados, puede dar por resultado que las actitudes afectivas adquieran un carácter crónico (Breuer y Freud les dieron el nombre de afectos estrangulados) (188). Los síntomas creados por las actitudes afectivas crónicas sin descarga adecuada pueden dejar de ser simples equivalentes de afectos para entrar a formar parte más bien de la categoría siguiente.

PERTURBACIONES DEL QUIMISMO EN LA PERSONA INSATISFECHA

Al ocuparnos de la naturaleza de los síntomas de las neurosis actuales (véase págs. 216 y sigs.) quedó claramente establecida la orientación física de expresiones tales como fuente de un instinto, satisfacción, frustración y estado de estancamiento. Estas expresiones se refieren a modificaciones tanto químicas como nerviosas. Lo que constituye la *fuerza* de los instintos es el estado hormonal del organismo. De ese estado hormonal depende la forma en que son percibidos los estímulos y se reacciona a ellos, y el acto instintivo que pone fin a la pulsión logra esto último mediante la modificación del estado químico causante de la perturbación. El no realizar tal acto, ya sea por razón de circunstancias externas o ya, como sucede en las psiconeurosis, por inhibiciones internas, perjudica necesariamente el quimismo natural de los procesos de excitación y gratificación.

Tomando como objeto de estudio la relación normal entre la fisiología hormonal y los fenómenos instintivos, Benedek y Rubenstein trataron de confrontar, en enfermas que analizaron, los hallazgos psicoanalíticos con el ciclo ovárico de cada paciente (102). Aun cuando algunas de sus conclusiones son aún pasibles de discusión y requieren ser sometidas a una rigurosa prueba, se puede afirmar que estos autores han demostrado que los impulsos instintivos dependen realmente del estado hormonal y que los cambios psicodinámicos influyen secundariamente sobre la función ovárica.

Mientras que los síntomas neurótico-actuales demuestran ser expresiones generales e inespecíficas del estado de estancamiento (véase pág. 219), los síntomas que derivan de la alteración del quimismo de una persona cuya economía instintiva está perturbada, pueden ser también de carácter más específico. Además, otros factores intermediarios pueden intercalarse entre la pulsión original y los síntomas finales. Especialmente aquellos casos de propensión inconsciente a elaborar afectos específicos que tienen su origen en represiones, alteran, por cierto, las funciones físicas del individuo y a veces, incluso, los tejidos mismos (41, 43, 48, 313, 315, 317, 1350, 1607). Se les ha dado el nombre de afectos inconscientes (608). En los equivalentes de afectos el contenido mental ha sido rechazado, mientras que los concomitantes físicos del afecto siguen en vigor. Estamos hablando aquí de estados en los que incluso la descarga física ha sido reprimida (véase pág. 219). Nadie ignora lo que es la rabia latente o la ansiedad latente; un estado en el que no se siente ni la rabia ni la ansiedad, pero en el que existe una disposición a reaccionar con rabia exagerada o con ansiedad exagerada a estímulos que normalmente provocarían un leve sentimiento de rabia o de ansiedad. Cierta es que las cualidades de los sentimientos sólo existen por cuanto se los experimenta, pero hay estados de tensión que, de no ser detenidos en su evolución y descarga, darían por resultado emociones específicas. Se trata de una disposición inconsciente que tiende a dichas cualidades, "una propensión (inconsciente) a determinados afectos", impulsos tendientes a elaborarlos, que son mantenidos a raya por fuerzas opuestas, aun cuando el individuo ignora tal propensión. La ansiedad "inconsciente" (1629) y la excitación sexual "inconsciente" tienen una importancia de primer orden en la psicología de las neurosis.

Algo más puede agregarse en cuanto se refiere a la relación entre neurosis actuales y psiconeurosis: todas las neurosis, teóricamente, podrían ser descritas como una subcategoría de síntomas que tienen por causa el quimismo perturbado del individuo en estado de estancamiento. Freud insistió siempre en que todas las psiconeurosis, en última instancia, son enfermedades orgánicas. Esta base orgánica de las psiconeurosis en general es, sin embargo, enteramente hipotética, mientras que algunos síntomas físicos de los afectos "inconscientes" o "estrangulados" son accesibles ahora a la investigación. Los efectos inconscientes probablemente provocan la secreción de hormonas cuantitativa y cualitativamente diferentes, con la consiguiente influencia sobre el sistema nervioso vegetativo y las funciones fisiológicas (343). En opinión de Alexander, la diferencia en el estado hormonal en los afectos conscientes e inconscientes se debe únicamente al carácter crónico de las llamadas actitudes afectivas inconscientes (56). Es más probable, sin embargo, que los concomitantes físicos de los afectos inconscientes difieran también cualitativamente de los que corresponden a los afectos conscientes. Es posible, incluso, que estas secreciones sean de carácter tan específico como los síndromes físicos de los afectos conscientes, pero hasta el presente esto no ha sido aún suficientemente estudiado.

CONSECUENCIAS FISICAS DE LAS ACTITUDES INCONSCIENTES

La conducta de una persona está constantemente bajo la influencia de sus necesidades instintivas conscientes e inconscientes. Mientras que las oscilaciones de las pulsiones conscientes son automáticamente reguladas por los actos instintivos, los impulsos coartados, que no pueden encontrar una vía adecuada de desahogo, y van tratando otra vez de hallar una descarga y crear derivados, son de efecto menos evidente, pero más duradero. Los intentos de establecer vías sustitutivas de descarga continúan o se repiten, lo cual puede dar lugar, en determinado momento, a alteraciones físicas.

He aquí un ejemplo sencillo: un carraspeo forzado y continuo, repetido en forma de hábito por semanas o meses, seca la garganta y puede llegar a producir una faringitis. O bien es el hábito de dormir con la boca abierta que, al secar la garganta, conduce igualmente a una faringitis. Uno y otro hábito pueden deberse a veces a causas orgánicas. Otras veces constituyen indudablemente la expresión de deseos inconscientes (532). Hay numerosas formas de comportamiento que son causa de resfríos comunes (1125, 1352). Diversos autores han ilustrado en forma detallada casos de esta índole (43, 56, 311, 317, 342, 343, 532, 1356, 1592) y han escrito artículos sobre estados "psicosomáticos" especiales, que tendremos ocasión de citar más adelante.

Para resumir: una actitud desusada, arraigada en conflictos instintivos inconscientes, da lugar a un determinado comportamiento. Este comportamiento, a su vez, produce cambios somáticos en los tejidos. Los cambios no son directamente psicogénicos, pero el comportamiento de la persona, a causa del cual se iniciaron estos cambios, era psicogénico. La actitud estaba dirigida a procurar un alivio a la presión interna; el síntoma somático, que fue consecuencia de esta actitud, no fue buscado por la persona ni consciente ni inconscientemente.

DISFUNCIONES HORMONALES Y VEGETATIVAS

Las tres categorías de síntomas órgano-neuróticos —equivalentes de afectos, expresiones físicas de un quimismo perturbado y expresiones físicas de actitudes inconscientes— aparecen habitualmente combinadas. A menudo los síntomas quedan limitados a un determinado órgano o sistema de órganos, y la elección depende en ese caso, en primer término, de factores físicos y constitucionales, pero también de todos los otros factores que contribuyen a crear la facilitación somática en los síntomas de conversión (véase págs. 263 y sigs.). El sistema vegetativo-hormonal, empero, no puede ser clasificado simplemente como uno de los tantos sistemas de órganos, tal como el aparato digestivo, el respiratorio o el circulatorio. Sucede más bien que la mayor parte de las perturbaciones funcionales de estos aparatos se originan por vías vegetativo-hormonales, y ésta es la forma exclusiva en que se

producen los síntomas debidos al "quimismo alterado de la persona insatisfecha". De esta manera, al hablar de las "disfunciones hormonales y vegetativas" antes del estudio de los diversos sistemas o aparatos, sólo pretendemos ocuparnos de la influencia de las actitudes inconscientes sobre las hormonas y aclarar algunos puntos que a veces son objeto de confusión.

Las actitudes originadas en conflictos instintivos inconscientes pueden ejercer su influencia, por supuesto, sobre las funciones hormonales y producir, de este modo, síntomas somáticos secundarios que originariamente no responden a ese designio. El mismo tipo de influencia que ejerce un deseo inconsciente sobre la producción del jugo gástrico en la úlcera péptica (véase págs. 282 y sig.), es el que ejercen otros deseos sobre la producción de hormonas reguladoras del metabolismo (cfr. 189), tal como vemos, por ejemplo, en la identificación psicogénica con el sexo opuesto.

No cabe duda de que en los trastornos psíquicos menstruales y premenstruales en la mujer, siempre entra en juego un factor somático, a saber, las alteraciones físicas en la fuente de las pulsiones instintivas. Pero por otro lado, el significado inconsciente de la idea de menstruación y la reacción psíquica a este significado pueden alterar también el mecanismo hormonal. En los casos de perturbación, la sensación corporal premenstrual representa tensión, retención (a veces embarazo), suciedad, pregenitalidad, odio. El flujo menstrual puede acarrear un relajamiento, y es sentido como evacuación (a veces nacimiento), limpieza, genitalidad, amor; pero también puede representar pérdida de control anal y uretral, culpa edípica, castración, la frustración del deseo de tener un hijo y humillación.

Toda fijación pregenital modifica necesariamente el *status* hormonal. Sin embargo, no todos los pacientes fijados oralmente se vuelven obesos o sumamente delgados. Esto sucede probablemente cuando una fijación oral coincide con una determinada constitución hormonal. Muchos casos de obesidad y de delgadez extrema pertenecen a esta categoría.

Hilde Bruch, que ha tenido una experiencia grande y extraordinaria con niños obesos (209, 211), afirma que la mayoría de los casos no parecen ser de naturaleza primariamente hormonal sino psicógena, es decir, debidos a una economía inadecuada de la energía, a un exceso de alimento y a una descarga motriz excesivamente reducida. Desde el punto de vista psicoanalítico, este defecto en el aspecto económico se debe a conflictos psicógenos primarios o a perturbaciones del desarrollo. "La obesidad en la infancia representa una perturbación de la personalidad en la que el tamaño corporal excesivo se convierte en el órgano de expresión de un conflicto" (210).

Wulff ha descrito una psiconeurosis, que no es infrecuente en la mujer, y que se halla emparentada con la histeria, la ciclotimia y la adicción (1619). Esta neurosis se caracteriza por la lucha que la persona libra contra su sexualidad, la cual se ha convertido, por efecto de una represión previa, en ávida e insaciable. Esta sexualidad es de orientación pregenital, y la satisfacción sexual es percibida como una "comida sucia". Los períodos de depresión, en que las pacientes se atiborran de comida (o de bebida), y

se sienten "gordas", "hinchadas", "sucias", "desaliñadas" o embarazadas, y dejan también en desorden todo a su alrededor, alternan con períodos "buenos", durante los cuales se comportan en forma ascética, se sienten delgadas y se conducen ya sea de una manera normal o bien con cierta elación. La sensación corporal en los períodos de gordura resulta ser una repetición de lo que la niña sintió en la pubertad, antes de su primera menstruación, y las crisis coinciden efectivamente, a menudo, con el período premenstrual. El flujo menstrual trae en ese caso una sensación de alivio: "Esta suciedad que engorda se está escurriendo al exterior: ahora soy otra vez delgada, y voy a ser una niña buena y no voy a comer demasiado". La sensación alternada de fealdad y de belleza vinculada a estos períodos, es una demostración de que los conflictos del exhibicionismo son también de importancia básica en este síndrome. El psicoanálisis revela que el contenido inconsciente de este síndrome es un conflicto preedípico con la madre, que puede estar encubierto por un complejo de Edipo sádico-oral. Las pacientes tienen un intenso odio inconsciente contra la madre y contra la feminidad. Ser gorda significa para ellas criar grandes pechos, ser incontrolada, incontinente e incluso estar encinta. El impulso urgente de comer tiene el significado inconsciente de incorporar algo que puede traer un relajamiento de la desagradable tensión interior "femenina", y comer es reincorporar un objeto cuya pérdida ha conducido a la paciente a sentirse hambrienta, constipada, castrada, femenina, gorda. Es decir, que el alimento significa leche, pene, niño y suministros narcisísticos que aplaquen las angustias. La conducta exhibicionista significa una tendencia a forzar la adquisición de estos suministros y el temor de no lograrlos por culpa de una repulsiva fealdad. La depresión significa el repetido de la tendencia a recuperar la estabilidad perdida, fracaso que se produce a causa de los medios sádico-orales prohibidos, utilizados en el intento de recuperación. Los períodos ascéticos, apaciguando el superyó, aseguran un grado mayor de tranquilidad.

En algunos casos esta neurosis no es más que una especie de adicción a la comida * y debería ser tratada más bien en el capítulo de las adicciones (véase pág. 429). Pero en otros casos dominan el cuadro no solamente sensaciones corporales sino verdaderos cambios corporales. Algunos casos de obesidad, especialmente de obesidad cíclica, concuerdan en su estructura con la descripción de Wulff.

En el caso de una paciente que realmente perdía mucho peso en cada masturbación —lo cual traía un repentino alivio a una insoportable tensión premenstrual—, los cambios de peso se debían principalmente a alteraciones cíclicas de su metabolismo del agua. Cuando la paciente se sentía interiormente en desorden, su metabolismo se comportaba realmente de una manera desordenada. El agua desempeñaba un papel importante en las fantasías inconscientes de esta paciente. El profundo vínculo materno, pregenital, así como la primitiva envidia del pene, obedecían a un deter-

* Véase nota de la pág. 424.

minismo erótico-uretral. A causa de ciertas experiencias de la infancia, la idea de castración era equivalente a la de "hacer una hidrocefalia".

En el caso de otra paciente, los cambios de peso se debían a verdaderas crisis de "atiborramiento". El ansia de comida era un ansia de liberarse de los peligros de la feminidad, pero por otro lado esto creaba un grave sentimiento de culpa, a causa del oculto significado sádico que encerraba. La paciente se sentía bien y "masculina" cuando, después de la menstruación, lograba mantenerse en el ascetismo. Ambas pacientes presentaban irregularidades en el período, que los médicos respectivos describieron como "probablemente debidas a factores psicógenos".

DIGRESION SOBRE HIPERSEXUALIDAD E HIPOSEXUALIDAD

Antes de entrar a ocuparnos de los sistemas especiales de órganos en relación con las órgano-neurosis, convendrá hacer una digresión acerca de la hipersexualidad e hiposexualidad, si bien la vinculación entre éstas y las alteraciones de las funciones hormonales es problemática o incluso dudosa. Desde el punto de vista teórico, estos casos pueden ser, por supuesto, de carácter puramente orgánico, resultantes de un trastorno endocrino somático. No es mucho lo que se conoce acerca de las reacciones neuróticas en estos casos.

Mucho más frecuentes son los casos en que la hipersexualidad o la hiposexualidad son sólo aparentes y se deben a factores psicógenos.

El diagnóstico de "hiposexualidad" se debe a menudo a una grosera confusión de los conceptos de genitalidad y sexualidad. Personas ostensiblemente deficientes en cuanto a deseo sexual son aquellas cuya libido se canaliza por vías que no son las genitales. Extremando el análisis, todos los neuróticos sufren de una perturbación de su sexualidad, la que, en su inconsciente, tiene un significado infantil. El monto de libido fijada a sus síntomas, o que se ve privada, a causa de la represión, de una adecuada descarga, es libido que falta en su comportamiento sexual real. La lucha constante del neurótico con su sexualidad reprimida disminuye su energía sexual disponible. En algunos casos el monto sustraído puede ser lo bastante reducido como para hacer que la vida sexual del paciente parezca, vista superficialmente, exenta de perturbaciones, y permitir que el paciente se sienta subjetivamente como si su sexualidad fuera satisfactoria. Sin embargo, la gran mayoría de los neuróticos tienen perturbaciones sexuales gruesas y manifiestas. Estas perturbaciones pueden manifestarse en forma de disminución del interés sexual consciente. (Sin embargo, pueden manifestarse también de una manera diametralmente opuesta: La sexualidad, privada de su vía natural de descarga, lo "sexualiza" todo.) Una disminución psicógena de la sexualidad no es, por lo tanto, una entidad clínica independiente, sino un fenómeno que puede producirse en todas las neurosis, y que debe ser incluido entre los estados de "inhibición".

Los mismos factores que provocan la hiposexualidad pueden crear la impresión de hipersexualidad. Muchos neuróticos, privados de satisfacción verdadera, se empeñan una y otra vez (y siempre en vano) en descargar

a través de la actividad genital la sexualidad que no son capaces de satisfacer. Producen de este modo la impresión de un gran vigor genital (555). Cuando un neurótico se vanagloria del número de veces seguidas que es capaz de realizar el acto sexual, no hace falta un análisis muy profundo para percibir que el aparente *plus* está encubriendo un *minus*. En una persona normal, el deseo se agota con la satisfacción. El neurótico sufre de una incapacidad de satisfacción, es "impotente orgáستicamente" (1270). Esto puede inducirle a tentar la posibilidad de satisfacción mediante persistentes repeticiones del acto sexual. La incapacidad de alcanzar un relajamiento satisfactorio explica también por qué la mayor parte de los "hipersexuales" son a la vez neurasténicos crónicos. La cantidad de libido que no encuentra una vía de descarga en su actividad genital, provoca inquietud, perturbación de la capacidad de trabajo, etc.

La incapacidad de alcanzar un auténtico placer final induce a muchos neuróticos a poner mayor empeño en los mecanismos del placer preliminar. Difícilmente puede atribuirse esto a una insaciable necesidad de perpetuo placer (1220). Más bien debe buscarse la causa en la insuficiencia de la función orgáستica. (Una insistencia exagerada en el placer preliminar se debe habitualmente a una fijación erótico-anal, ya que en la retención anal es donde se siente en forma más intensa el placer derivado de la tensión.)

Todo lo expresado hasta aquí se aplica a todos los neuróticos. Tiene que haber un factor adicional que explique la naturaleza de aquellos casos en que la "hipersexualidad" es tan pronunciada como para dominar el cuadro clínico.

El comportamiento del Don Juan (1251) se debe sin ninguna duda a su complejo de Edipo. El Don Juan busca en todas las mujeres a la madre, y no la puede hallar (572). Pero el análisis de casos de este tipo demuestra que su complejo de Edipo pertenece a un género particular. Se halla dominado por un objetivo pregenital de incorporación, colmado de necesidades narcisísticas y de impulsos de tinte sádico. En otras palabras, el empeño de lograr satisfacción sexual se halla condensado todavía con un empeño de lograr suministros narcisísticos destinados a conservar la autoestima. Hay una predisposición a reaccionar en forma sádica cuando esta necesidad no es satisfecha inmediatamente.

Al carácter arcaico del complejo de Edipo del típico Don Juan se debe el poco interés que éste tiene en la personalidad de sus objetos. No ha sobrepasado los estadios previos, arcaicos, del amor. Su actividad sexual se dirige en primer término a contradecir cierto sentimiento interior de inferioridad mediante la prueba de sus "éxitos" eróticos. Una vez que ha poseído a una mujer, pierde interés en ella, primeramente porque ella tampoco le ha procurado el relajamiento ansiado, y en segundo lugar porque su necesidad narcisística le exige verificar constantemente la capacidad de excitar a las mujeres. Una vez que se sabe capaz de excitar a una determinada mujer, surgen las dudas acerca de otras mujeres a quienes todavía no ha puesto a prueba. Pueden surgir cuadros clínicos similares a éste, como consecuencia de inclinaciones perversas de toda índole. Así, por ejemplo, un hombre

inconscientemente homosexual puede sentirse excitado por el contacto sexual con mujeres, pero no satisfecho. Una y otra vez buscará satisfacción en ese caso —aunque en vano—, en nuevas actividades sexuales.

Los sueños con eyaculación, a continuación de un coito, delatan el hecho de que el coito ha provocado excitación, pero no trajo satisfacción. Demuestran una importancia orgáستica. El análisis de sueños de esta índole conduce a la comprensión de los factores arriba mencionados.

En general, la actividad sexual exagerada es una "obsesión", tal como cualquier otra actividad exagerada; es decir, es un derivado, un intento fracasado de utilizar el aparato genital para la descarga de alguna necesidad rechazada y bloqueada, de carácter no genital.

De hecho, una conducta aparentemente sexual encubre a veces una pugna por el poder y el prestigio (véase págs. 574 y sigs.). Pero esa exagerada pugna por el poder y el prestigio, en estas personas, tiene antecedentes que nos llevan a desembocar, una vez más, en su sexualidad infantil. El poder y el prestigio son necesarios como defensa contra una ansiedad que ha quedado vinculada a impulsos sexuales infantiles.

La ninfomanía, que es la pseudo hipersexualidad femenina, se basa en una estructura psicológica similar. Una anamnesis superficial demuestra a menudo que la ninfómana es o bien totalmente frígida o por lo menos no llega al orgasmo en forma regular y fácil. El hecho de que el coito puede excitarla pero no satisfacerla, crea en ella el deseo de forzar la inalcanzable satisfacción por medio de intentos renovados y crecientes, o de tentativas con otros hombres y en circunstancias diferentes. Y tal como en el caso del Don Juan masculino, el análisis demuestra que este cuadro se debe a una pronunciada actitud narcisista, a una dependencia con respecto a los suministros narcisísticos, a un intenso temor de pérdida del amor y una correspondiente coloración pregenital y sádica de toda la sexualidad. La actitud hacia el objeto es típicamente ambivalente, por cuanto, consciente o inconscientemente, se le hace responsable de la insatisfacción. La actitud sádica se manifiesta en el intento de obligar al partenaire, por la violencia, a "dar" esa satisfacción completa y asegurar con ello el restablecimiento de la autoestima. Esto puede estar combinado con el tipo vengativo de complejo femenino de castración (20). Aquello que inspira un deseo tan intenso se liga íntimamente, por vía de asociación, a la envidia del pene, y de esta manera la pasión ninfomaniaca se dirige a menudo a satisfacer la fantasía optativa de privar al hombre de su pene. La forma en que el pene es incorporado, en dicha fantasía, indica que el deseo genital aparentemente insaciable es pseudogenital, y básicamente de carácter oral. El análisis descubre experiencias infantiles tempranas en el terreno de la relación preedípica con la madre, experiencias que desde el comienzo imponen al futuro complejo de Edipo un sello oral y exigente (421). Con el desplazamiento de la excitabilidad sexual del clítoris a la vagina, se produce normalmente una reactivación de la precedente orientación oral. La ninfómana es afectada en forma

excesiva por este proceso, en forma tal que su vagina adquiere inconscientemente el significado de boca. Una vez más, como en el caso de la hipersexualidad masculina, pueden manifestarse síntomas similares a consecuencia de otras inclinaciones perversas inconscientes.

No todos los hombres y mujeres hipersexuales tienen capacidad de acción aloplástica. Cuando las personas de este tipo son más inhibidas, la masturbación excesiva ocupa el lugar de los excesivos coitos. La masturbación excesiva representa un intento de hallar una descarga genital para tensiones que no son genitales, intento que desde el principio está destinado al fracaso.

APARATO GASTROINTESTINAL

Un buen ejemplo de órgano-neurosis psicoanalíticamente descifrada como la consecuencia física de una actitud inconsciente es la úlcera péptica, tal como es considerada en la labor de investigación del Instituto Psicoanalítico de Chicago (43, 758, 1031).

Las personas que manifiestan una exigente actitud receptivo-oral, crónicamente frustrada, y que han reprimido esta actitud y exhiben a menudo una conducta muy activa, del tipo de formación reactiva, se hallan, inconscientemente y en forma permanente, "hambrientas de amor". Sería más correcto aún decir que se hallan "hambrientas de necesarios suministros narcisísticos". (La palabra hambriento debe tomarse en este caso en su sentido literal.) Esta hambre permanente los lleva a comportarse tal como lo hace una persona realmente hambrienta. La membrana mucosa del estómago comienza a secretar, como en el caso de la persona que preimagina el alimento, y esta secreción no tiene ningún otro significado psíquico específico. Esta hipersecreción crónica es la causa inmediata de la úlcera. La úlcera es la consecuencia fisiológica incidental de una actitud psicógena; no es la satisfacción deformada de un instinto reprimido.

Cabe preguntarse si esta etiología es válida para todos los casos de úlcera. Es posible que los cambios funcionales que en algunos casos tienen su origen en un erotismo oral reprimido, se deban en otros casos a causas puramente somáticas.

Es fácilmente comprensible que una colitis puede tener su origen en la acción constante de impulsos anales inconscientes, de manera similar a como se produce la secreción de jugos gástricos por la acción de exigencias orales inconscientes. Una colitis de este tipo es consecuencia de la presión de eliminación y de retención a que se halla sujeto, en forma crónica, el organismo, del mismo modo que una úlcera puede ser resultado de una presión receptiva crónica. El conflicto entre tendencias de eliminación y de retención, en sí mismo, puede originarse de diversos modos. Puede representar un simple conflicto entre excitación sexual (anal) y miedo, o bien las heces representan objetos introyectados que la persona desea conservar, al mismo tiempo que quiere librarse de ellas (67, 305, 306, 1034, 1165, 1589).

Los niños a quienes gusta postergar la defecación (ya sea por el placer de la retención o por miedo), a menudo sufren, más tarde, de constipación intestinal. La retención, que al comienzo fue voluntaria, se convierte en un síntoma órgano-neurótico (555). Una constipación prolongada debe tener influencia sobre los músculos lisos del aparato intestinal. Un colon espástico, es decir, una propensión a reaccionar a diversos estímulos ya sea con constipación o con diarrea, o con ambas cosas a la vez, es o bien un equivalente de ansiedad o un signo de la fijación del paciente a la fase anal del desarrollo libidinoso. Sea cual fuere el estímulo que ha dado origen a la excitación, la respuesta activa es intestinal. Puede ser también el síntoma de una agresión continua y reprimida, a veces una venganza por frustraciones orales (104, 110, 302). En un plano más profundo, la diarrea puede expresar además, generosidad o disposición al sacrificio. O bien puede reflejar fantasías referentes a objetos internalizados.

En la neurastenia, la constipación es uno de los síntomas característicos. Esto se debe al hecho de que la "retención" caracteriza generalmente el estado de estancamiento, que es la base de la neurastenia (1268, 1361). Entre los síntomas órgano-neuróticos en general son frecuentes también los síntomas de retención. Pero los síntomas órgano-neuróticos son también "descargas de emergencia". Algunos síntomas constituyen un compromiso entre retención y eliminación. En algunos casos de colitis espástica alternan la constipación y la diarrea. Algunos casos de defecación patológica delatan una angustia de castración, desplazada a la esfera anal.

La relación entre úlcera y colitis fue tomada por Alexander como punto de partida para la idea de que la naturaleza específica de las neurosis en general, y de las órgano-neurosis en particular, podría ser comprendida determinando la participación relativa de las tres direcciones básicas en que pueden actuar las tendencias de un organismo frente al mundo externo: ingestión, eliminación y retención. Alexander dio el nombre de análisis vectorial (44) a la investigación de la participación relativa de estos tres factores en un fenómeno determinado. Este punto de vista es indudablemente útil, y así lo demuestra, por ejemplo, el estudio de la etiología diferencial entre la úlcera y la colitis. Tiene también inconvenientes, de los que nos ocuparemos más adelante.

APARATO MUSCULAR

Los efectos físicos del estado de estancamiento emocional se reflejan fácilmente en el sistema muscular. Las defensas patógenas tienen generalmente por objetivo excluir de la motilidad los impulsos rechazados (el excluirlos de la conciencia no es más que una manera de lograr esto). Defensa patógena, por lo tanto, significa siempre bloqueo de ciertos movimientos. Esta inhibición de los movimientos significa un debilitamiento parcial del dominio voluntario de la motilidad. De esta manera la lucha defensiva se refleja en forma de perturbaciones funcionales del sistema muscular

voluntario. La existencia de estas perturbaciones contradice la idea de Alexander según la cual toda perturbación de las funciones musculares es una conversión, mientras que toda perturbación de las funciones vegetativas es una órgano-neurosis (48, 56). Cuando las personas que ven trabada su motilidad por espasmos musculares localizados o generalizados tratan de relajar sus músculos espásticos, sucede que o bien son completamente incapaces de hacerlo o caen en estados emocionales, tal como les ocurre a los pacientes que se hallan en tratamiento psicocatórtico cuando sus pensamientos se aproximan a sus complejos. Esto indica que el espasmo era un medio para mantener lo reprimido bajo estado de represión. La observación de un paciente en lucha *aguda* en torno a una represión, también demuestra esto mismo. Un paciente en psicoanálisis que ya no puede dejar de ver que una interpretación es correcta, y sin embargo trata de no ver, manifiesta a menudo un calambre de todo su sistema muscular o de partes del mismo. Es como si quisiera contraponer una presión muscular externa a la presión interna de los impulsos reprimidos que buscan una salida en la motilidad.

Una paciente que sufría de un impedimento en el habla se mostró, en un principio, completamente incapaz de hablar en el análisis. Cada vez que intentaba hablar se contraía visiblemente en un espasmo, con los músculos tensos y los puños apretados. Sentía físicamente su incapacidad de hablar; se sentía acalambada, especialmente en la región del pecho y en los miembros. No podía "hacer salir nada". Después de una hora de silencio, se sentía tan agotada como después de un violento ejercicio físico. Cuando recobraba el habla, sentía como un repentino alivio. "No puedo expresarle hasta qué punto esto es *físico*", decía. De una manera característica, la paciente describía sus espasmos como localizados debajo de las últimas costillas (espasmo del diafragma).

Ferenczi observó que muchos pacientes, especialmente cuando demuestran una resistencia, ostentan "una rigidez exagerada de los miembros... que puede convertirse en una rigidez catatónica en el momento de saludar y de despedirse, y que no implica forzosamente una esquizofrenia. Con el progreso del análisis, las tensiones físicas pueden desaparecer a medida que se van resolviendo las tensiones psíquicas" (505).

La expresión muscular de un conflicto instintivo no siempre es hipertónica. La capacidad muscular puede verse también bloqueada o trabada por actitudes musculares laxas hipotónicas (músculos "flojos"). También pueden alternar los estados hipertónicos con los hipotónicos, de manera que será mejor agrupar todos estos fenómenos bajo la denominación de "distonía" psicógena (410).

La distonía y la intensidad de la represión no guardan necesariamente relación entre sí. No sólo se presenta de una manera diferente, según los casos, la cuestión acerca de si los conflictos mentales hallan expresión, y hasta qué punto, en alteraciones de la función muscular, sino que también difieren el tipo y la localización de las alteraciones según cada caso. La pregunta acerca de si la distonía afecta más a los músculos estriados o a los lisos, o a unos y otros a la vez, debe contestarse del mismo modo:

varía según los casos, y ello a causa, probablemente, de factores constitucionales así como también de influencias ambientales tempranas. Y esta diferencia individual es decisiva para la historia "psicosomática" ulterior. La localización de los síntomas depende tanto de factores fisiológicos como psicológicos. Uno de estos factores es fácil de reconocer; es la especificidad del mecanismo de defensa utilizado. En el caso de los neuróticos obsesivos desempeñará un papel más importante el mecanismo de desplazamiento de espasmos de los esfínteres; en los histéricos, el mecanismo predominante será el bloqueo de las percepciones internas. La investigación tendrá que demostrar en qué casos y circunstancias la defensa y las disfunciones musculares corren paralelas y cuándo divergen considerablemente entre sí.

Los espasmos paralizantes de los músculos estriados constituyen uno de los signos de la ansiedad; pueden aparecer como un equivalente de la ansiedad.

Una paciente relataba que su profesor de gimnasia acostumbraba llamarle la atención sobre el estado extremadamente espasmódico y tenso de sus músculos del cuello. Sus intentos de relajamiento sólo conseguían aumentar la tensión, y a ello seguía una sensación de náusea. El análisis reveló que en su infancia la paciente había visto una paloma con el cuello retorcido, y luego la había contemplado aleteando durante un rato, decapitada. Esto dio forma duradera a su complejo de castración. Sentía un temor inconsciente de ser decapitada, temor que se manifestaba también en otros síntomas, formas de comportamiento y sectores preferentes de interés.

En algunas personas un comportamiento distónico es expresión de una tendencia de retención anal (505). No sólo el miedo sino también otros afectos, especialmente el *despecho* y la *rabia* coartados, pueden expresarse físicamente en forma de un espasmo muscular.

La prueba de que las pulsiones sexuales constituyen la base de la distonía la hallamos a menudo en el hecho de que el más grave de los espasmos es el de los músculos de la pelvis. La libidinización autoerótica original del sistema muscular puede ser revivida regresivamente. Así como la represión representa una lucha dinámica entre impulsos y contracatexis, la distonía representa una lucha entre un impulso motor y una tendencia a bloquear el movimiento en cuestión.

La distonía psicógena parece ser una característica decisiva en ciertas afecciones órgano-neuróticas ginecológicas, en las que una hipotonía de los músculos de la pelvis provoca consecuencias desfavorables, que inconscientemente no fueron necesariamente buscadas como tales (27, 359, 902, 1128, 1139^a, 1144, 1306). Una distonía psicógena puede constituir también el factor etiológico decisivo en afecciones tales como la tortícolis (268, 270, 1576).

Es muy interesante el hecho de que estas perturbaciones se hallan en gran parte coordinadas con perturbaciones de la sensibilidad interna, y de la sensación del propio cuerpo. Las funciones musculares se normalizan nuevamente cuando se pueden hacer nuevamente conscientes las sensaciones

corporales rechazadas. De hecho, los fenómenos distónicos van acompañando a las perturbaciones histéricas de la sensibilidad y a la frigidez generalizada (410).

Una paciente con fuertes inclinaciones exhibicionistas, sobrecompensadas con un pudor excesivo, tenía que ser examinada por un ginecólogo. Luchó durante largo tiempo contra esto, temiendo que no podría sobrevivir a una prueba semejante. Precisamente en el momento en que finalmente se iba a realizar el examen, sucedió algo extraño. Repentinamente perdió toda capacidad de sentir su propio cuerpo. La parte inferior de su cuerpo le era "extraña", no le pertenecía más, y de este modo pudo avenirse al examen médico.

El vínculo entre espasmo y extrañamiento quedó demostrado en otro paciente. En una época en que su angustia de castración, vinculada a la masturbación infantil, había sido reactivada en el análisis, tuvo que someterse a una intervención quirúrgica en que fue necesaria la anestesia general. Despertó de ésta con una sensación de "tiesura" en los brazos y con la sensación simultánea de que sus brazos no le pertenecían. Este estado se repitió varias veces, en el análisis, cuando sus asociaciones tocaban el tema de la masturbación infantil.

Vemos de ese modo que las disfunciones órgano-neuróticas de los músculos se hallan íntimamente entrelazadas con las disfunciones correspondientes de las sensaciones musculares (1311).

El hecho de la existencia de una distonía psicógena ha servido de punto de partida para diversas formas de terapia de "relajación" en las neurosis (334, 839, 1280, 1410). Pero la relajación no es factible de lograr habitualmente mientras es resistida por conflictos defensivos que se oponen a ella. A veces se toma equivocadamente una laxitud hipotónica por una relajación, o bien se ha producido una escisión entre el estado psíquico y su expresión física, de modo tal que puede ocurrir un cambio en la actitud muscular sin un cambio correspondiente en la dinámica mental. Pero hay casos, según parece, en que el terapeuta puede lograr, mediante la inducción de una relajación por vía de una especie de "seducción", una auténtica reactivación de los conflictos mentales reflejados en el estado muscular. Esta posibilidad puede justificar el uso de ejercicios de relajación como un método o como un elemento auxiliar del tratamiento catártico.

Un mal uso continuado de los músculos, en los espasmos "neuróticos", produce necesariamente un efecto de cansancio. Y en efecto, la fatiga característica de todos los estados de neurosis actual se debe probablemente a la inervación "distónica" de los músculos. Donde tiene un aspecto más manifiesto esta fatiga es en los casos de agresividad inhibida; a menudo puede dársele directamente el nombre de equivalente de la depresión.

No se ha estudiado mucho lo que se refiere a los dolores psicógenos en los músculos. Algunas veces estos dolores constituyen síntomas de conversión cabalmente desarrollados. Pero otras veces los dolores parecen ser resultado de la distonía. Esto es aplicable probablemente a ciertas formas de lumbago.

Las enfermedades *reumáticas*, cuyos síntomas no se limitan, por supuesto, al sistema muscular, pueden ser influidas también, según parece,

por factores psicogénicos, o por lo menos, por predisposiciones de ese orden. Dunbar distingue dos tipos, uno de ellos más "extravertido" y traumatofílico, con tendencias a los achaques a las articulaciones, y el otro más "introvertido", ambivalente, que vacila entre actividad y pasividad, y con inclinación a los achaques cardíacos (343).

No es mucho lo que se sabe sobre la parte que corresponde a los factores psicógenos en la etiología de ciertos tipos de *artritis* (1087, 1214, 1534). Existen indicios en el sentido de que una continua tendencia inconsciente a contener los movimientos, en personas predisuestas somáticamente, puede provocar no sólo espasmos musculares sino también alteraciones inespecíficas de los tejidos de las articulaciones.

Un caso de artritis del tipo de Bechterew se caracterizaba por el papel sumamente importante que había desempeñado el placer de los movimientos (y el exhibicionismo) durante la infancia. La niña se había propuesto llegar a ser una bailarina y cautivar a los auditores con su belleza. Las críticas de sus padres dieron por tierra con estas fantasías, y le hicieron concebir la creencia de que era rechazada por su carencia de penc. Después de eso tuvo la sensación de que no se le permitía bailar, y elaboró una intensa agresividad reactiva, que le produjo miedo y que trató de sobrecompensar. La artritis, que comenzó muchos años después, significaba para la paciente el castigo por su ambición en la danza, y la prohibición final de ella, su exhibicionismo y sus tendencias reactivas de castración. La significación de estos factores en la etiología de la artritis no fue aclarada.

APARATO RESPIRATORIO

La respiración, tal como otras funciones musculares, posee su distonía característica. Las variaciones en el ritmo respiratorio, especialmente las interrupciones transitorias de la respiración, y la participación variable e irregular de las diferentes partes del tórax en el acto de respirar, representan la manera en que las continuas y pequeñas alteraciones psicológicas ejercen su influencia en el proceso de la respiración (50, 54, 515). Estos fenómenos resultan especialmente evidentes en el momento de dar comienzo a un nuevo acto o movimiento, y cada vez que la atención cambia de dirección (807, 1519, 1539). Dada la íntima vinculación existente entre angustia y respiración, es probable que estas constantes variaciones de la función respiratoria sean la expresión de leves cantidades de angustia. La distonía respiratoria "normal" puede ser considerada como una señal de angustia, de pequeña intensidad. Es como si el yo estuviera tentado cautelosamente el terreno, cada vez que es percibida una cosa nueva, o es emprendido un nuevo acto, o bien es dirigida en un nuevo sentido la atención, y se preguntara, por decir así, si debe o no asustarse.

La "señal de angustia" es una forma menos intensa de la "angustia traumática". Las alteraciones gruesas de la función respiratoria desempeñan también, desde luego, un papel esencial en las crisis intensas de angustia, y pueden ser usadas más tarde como equivalentes de la angustia. La con-

ciencia del papel que desempeñan las sensaciones respiratorias en la angustia en general explica el hecho de que toda angustia es sentida, hasta cierto punto, como una especie de ahogo (741). Por ello, la angustia neurótica, que se manifiesta en forma de síntomas respiratorios, no es necesariamente indicio de que los impulsos rechazados tengan que ver con el erotismo respiratorio. Más bien puede ser verdad lo opuesto: la respiración puede adquirir una cualidad erótica únicamente después que —y a causa de que— se ha establecido un vínculo entre angustia y excitación sexual.

Un temor manifiesto de ser asfixiado encubre a veces una idea reprimida de castración. Un paciente imaginaba que el analista podía cortarle la provisión de aire con una tijera. Tenía la fantasía de que la provisión de aire le era asegurada en igual forma que a un buzo, y que el analista se la estaba interrumpiendo, y de esta manera lo ahogaba. Esta fantasía encubría la angustia de que la tijera podría cortarle el pene. El vínculo entre la idea de castración y la de asfixia era el temor de asfixiarse mientras dormía bajo la frazada, temor que tuvo carácter sobresaliente durante su período de latencia. Mientras estaba bajo la frazada acostumbraba entregarse a fantasías de masturbación.

Pero la función respiratoria puede también haberse "sexualizado". El oler o aspirar aromas, en la infancia, no está vinculado solamente a la succión (1184), sino que constituye por sí mismo una fuente de placer erótico. Este placer, y los conflictos infantiles en torno del mismo, pueden ser reactivados en una neurosis ulterior. La entrada y salida de aire pueden representar simbólicamente "incorporación" y "proyección de lo que fue incorporado". En el pensamiento primitivo, el aparato respiratorio se convierte en asiento de los objetos incorporados, tal como lo es el aparato intestinal. Los primitivos, los psicóticos y los niños tienen la sensación, cuando respiran, de estar incorporando cierta sustancia del mundo externo y devolviendo cierta sustancia a éste. La sustancia incorporada es invisible, y por ello apropiada para ser vehículo de ideas mágicas, cosa que se ve reflejada en la equiparación de la vida y del alma con la respiración (1320). La respiración se presta, además, a usos mágicos porque es la única función vegetativa que puede ser regulada e influida por la voluntad. Inhalar el mismo aire que otra persona significa estar unida a ella, exhalar el mismo aire significa separación. La "introyección respiratoria" se halla íntimamente unida al hecho de "incorporar olores", es decir, unida al erotismo anal por un lado, y por el otro lado, a la idea de identificación con personas fallecidas ("inhalar el alma" [420]).

En el asma bronquial es especialmente un anhelo (pasivo-receptivo) de la madre lo que expresan las alteraciones patológicas de la función respiratoria (531, 535, 1190, 1563, 1615). El ataque asmático es, ante todo, un equivalente de angustia. Es un grito en procura de ayuda, dirigido a la madre, a quien el paciente trata de introyectar por la respiración, a objeto de estar permanentemente protegido. Este intento de incorporación, así como el peligro instintivo contra el cual va dirigido, son de una pregenitalidad característica, especialmente anal. El carácter todo del asmático

típico manifiesta, en efecto, rasgos pregenitales; el complejo de Edipo de los pacientes que sufren de asma es de carácter típicamente pregenital. La introyección, a menudo, es fantaseada como realizada ya, y se presentan conflictos entre el yo del paciente y su aparato respiratorio, el cual representa en este caso un objeto introyectado. A esto hay que agregar que ciertos factores puramente somáticos (de carácter alérgico) (1355, 1509), desempeñan también un papel en el asma, así como las conversiones completas (de índole pregenital).

French y Alexander, autores de un estudio psicoanalítico detallado sobre el asma bronquial (535), resumen sus conclusiones de la siguiente manera (en concordancia completa con la descripción que antecede) "...1º, que el ataque asmático es la reacción al peligro de ser separado de la madre; 2º, que el ataque es una especie de equivalente de un grito inhibido y reprimido de ansiedad o de rabia; 3º, que las fuentes del peligro de perder a la madre derivan de ciertas tentaciones a que está expuesto el paciente". La tarea de "dominar el temor de ser dejado a solas" gobierna toda la vida del paciente (318).

Nos hemos referido ya al hecho de que los resfríos comunes constituyen a menudo una consecuencia involuntaria de diversos patrones neuróticos de conducta (1125, 1352, 1590). No es difícil explicar por qué precisamente las personas temerosas de los resfríos son las que se resfrían con frecuencia. Su temor expresa cierto grado de visión en cuanto a la tendencia a los resfríos, y sus tentativas de evitarlos los conducen paradójicamente —mediante el retorno de lo reprimido— a situaciones que los hace susceptibles al resfrío.

Los diversos tipos de "tos nerviosa" pueden clasificarse del modo siguiente (443):

1. Una tos de origen orgánico puede producir perturbaciones en la economía mental. La adaptación al síntoma, de parte del paciente, puede fallar entonces en el sentido de producirse una "patoneurosis".
2. Una tos de origen orgánico puede ser usada secundariamente para procurar la descarga de impulsos reprimidos, especialmente para expresar conflictos en torno a la incorporación.
3. La tos nerviosa puede ser un síntoma de conversión, ya sea como una identificación con una persona que tose (557), o bien expresando, en virtud de recuerdos de episodios infantiles de tos orgánica, ciertos conflictos instintivos de la infancia (1591).
4. Hay un tipo de tos nerviosa que participa de la naturaleza del tic, y es un sustituto (y un equivalente) de un sentimiento de embarazo o de hostilidad.
5. La tos nerviosa puede ser un síntoma orgánico-neurótico provocado por un resfrío originado, a su vez, en alguna forma de comportamiento de carácter psicógeno.

CORAZÓN Y APARATO CIRCULATORIO

La rabia y la excitación sexual, así como también la ansiedad, se manifiestan fisiológicamente en alteraciones funcionales de la circulación. El corazón es considerado el órgano del amor, el corazón late rápido en los

efectos de rabia y de temor, se siente un peso en el corazón cuando se está triste. Las reacciones vagotónicas y simpaticotónicas constituyen la esencia misma de los componentes físicos de los síndromes afectivos. Estos componentes pueden servir siempre como equivalentes de afectos cuando una persona rechaza la toma de conciencia de sus emociones. Todo tipo de "emoción inconsciente" puede encontrar su expresión en la aceleración del pulso.

Pero ciertas personas parecen especialmente predisuestas a este tipo de expresión. Estas personas no deben confundirse de ningún modo con las que tienen afecciones somáticas al corazón. El "corazón nervioso" presenta frecuentemente, de hecho, un máximo poder de resistencia. La "complacencia somática" del corazón nervioso no reside, al parecer, en el corazón, sino en el sistema nervioso vegetativo y en sus sistemas de control químico y central (71).

Pero también parecen ser características de estos tipos de personalidad los contenidos de los conflictos más importantes. Mientras la excitación sexual puede presentarse, sin duda, ocasionalmente, bajo el disfraz de palpitación, una irritabilidad crónica del corazón y el sistema circulatorio se debe, más típicamente, a agresividad inconsciente y temor inconsciente al castigo de la agresividad. Es característico de estos pacientes un odio inhibido contra el progenitor del mismo sexo y al mismo tiempo un temor de perder su amor o su cariño en el caso de expresar abiertamente ese odio. El temor de ser abandonado, proveniente de experiencias de la infancia, toma la forma de temor a la muerte. Muy a menudo hallamos en primer plano la identificación con una persona de las que rodean al paciente y que padece del corazón (especialmente si el paciente ha alimentado deseos de muerte contra dicha persona y ahora teme la represalia). Los ataques son frecuentemente precipitados cuando las circunstancias imponen una competencia con el progenitor del mismo sexo. El paciente, en este caso, trata inconscientemente de huir hacia una actitud pasivo-dependiente (344, 1129, 1150, 1608). Éstos son, a lo que parece, los conflictos inconscientes típicos en los casos a los que se llama síndromes de esfuerzo (342, 1572).

Un paciente que tenía síntomas cardíacos, no sólo se había identificado en general con el padre, que sufría del corazón, sino que había introyectado inconscientemente a su padre y equiparado luego el corazón al padre.

Se ha demostrado que las extrasístoles representan a veces reacciones inmediatas a sucesos que estimulan los conflictos inconscientes (728). Pero no todas las extrasístoles, por cierto, reconocen un factor precipitante mental de carácter tan tangible. Deutsch y Kauf (7127) han estudiado las vías fisiológicas de control del sistema nervioso y el control químico que permiten a los factores psicógenos ejercer su influencia sobre las funciones circulatorias.

Parece haber una relación de correspondencia entre el hecho de que las personas que bloquean completamente la descarga externa de sus emociones se hallan más predisuestas a reacciones en el aparato circulatorio,

y el hecho fisiológico de que el aparato circulatorio, a diferencia del digestivo y el respiratorio, es un sistema cerrado e incapaz de ingestión o de descarga.

Las reacciones vasomotoras generales, tales como el ruborizarse, empalidecer, el desmayo y las crisis de mareo, son muy corrientes en las neurosis. Esto se debe al hecho de que las expresiones vasomotoras se hallan en el primer plano de las manifestaciones físicas de todos los afectos, y que las reacciones vasomotoras son canales expeditos para las descargas de emergencia cada vez que se halla bloqueada la descarga muscular.

Las alteraciones vasomotoras, probablemente en combinación con ciertos fenómenos musculares distónicos, constituyen también la causa, en la mayoría de los casos, del dolor de cabeza de carácter nervioso. La fisiología del dolor de cabeza nervioso presenta todavía muchos problemas no resueltos. Desde el punto de vista psicológico se puede afirmar que deben distinguirse unos de otros, los dolores de cabeza neurótico-actuales, expresión de un estado de tensión interna, los dolores de cabeza órgano-neurótico, debido a un comportamiento más específico, originado por un conflicto inconsciente (por ejemplo, las tensiones musculares específicas durante el sueño) y los dolores de cabeza de conversión (que expresan, por ejemplo, fantasías de embarazo).

La investigación de la personalidad de pacientes que sufren de jaquecas demuestra que éstos deben ser clasificados regularmente como "caracteres neuróticos", de pronunciada inestabilidad emocional (1544). Son fácilmente víctimas del temor y la depresión, se hallan siempre dispuestos a aceptar reconversiones, tienen inhibiciones sexuales y muestran, a menudo, un intenso apego a los padres. Los autores insisten en el hecho de que estos pacientes dan la impresión de estar constantemente en lucha contra una hostilidad inconsciente (972). En opinión de Fromm-Reichmann (656) el síntoma se produce cuando una tendencia hostil inconsciente va dirigida particularmente a destruir la inteligencia de un objeto ("castración mental") y los sentimientos de culpa vuelven esa tendencia contra la cabeza propia.

Las "neurosis vegetativas" graves, tales como el edema de Quinke o la enfermedad de Raynaud, no han sido aún estudiadas psicoanalíticamente en cuanto a sus posibles componentes psicógenos.

PRESION SANGUINEA

Aun en los casos en que no se conocen con exactitud las vías fisiológicas que conducen de hecho a la estructuración de un síntoma neurótico, se puede advertir la actitud psicógena subyacente. Un ejemplo de ello es la *hipertensión esencial*, que acaba de ser estudiada, precisamente, desde el punto de vista psicoanalítico (51, 52, 783, 1134, 1353, 1413, 1571, 1572). Los casos de hipertensión esencial se caracterizan por una extrema tensión instintiva inconsciente, una propensión general a la agresividad y a la vez un anhelo pasivo-receptivo de liberarse de la agresividad. Ambas tendencias

son inconscientes y se observan en personas que superficialmente parecen muy tranquilas, y que no se permiten ninguna forma de descarga de sus impulsos. Esta tensión interna, que el paciente no advierte, parece ser por lo menos uno de los componentes etiológicos de la hipertensión esencial. Actúa a través de influencias hormonales —originadas en conflictos inconscientes— por la vía de respuestas vasomotoras y con intervención de los riñones. La forma exacta en que esto se realiza deberá ser puesta en claro por investigaciones fisiológicas futuras. El aumento de hipertensión esencial en el hombre moderno se halla probablemente vinculado a la situación mental de individuos que, habiendo aprendido que la agresividad es mala, tienen que vivir en un mundo en que se requiere una elevada dosis de agresividad.

P I E L

Por razones fisiológicas, las manifestaciones de la piel expresan a menudo irritaciones del sistema endocrino-vegetativo, y es este hecho lo que explica la tendencia, de parte de la piel, a convertirse en asiento de descarga de emergencia en los estados de tensión nerviosa. El sencillo síntoma de la transpiración nerviosa y el de la dermatografía son ejemplos de la irritabilidad vegetativa general de la piel en respuesta a estímulos emocionales (conscientes o inconscientes). Estos síntomas pueden ser crónicos, como signo del estado de tensión interna del paciente, o aparecer como síntomas temporarios durante una neurosis actual. O bien pueden manifestarse en forma de "crisis", cada vez que un suceso incide sobre conflictos inconscientes, o haber sido elaborados en forma de transformarse en síntomas de conversión (676, 1151, 1199, 1387, 1507, 1510). No hay duda de que la irritabilidad cutánea refleja una inestabilidad vasomotora. Barinbaum, un dermatólogo que se especializó en el estudio de la psicología de las dermatosis, planteó el problema del siguiente modo: "Uno desearía saber en qué forma la excitación de una economía libidinosa perturbada obra sobre los vasos de la piel, ya que el funcionamiento y el estado de la piel depende en el más alto grado de sus vasos" (86).

La tendencia de la piel a ser influida por las reacciones vasomotoras, provocadas, a su vez, por impulsos inconscientes, tiene que ser comprendida desde el punto de vista de las funciones fisiológicas generales de la piel. Cuatro características importantes deben anotarse en cuanto a la piel, como cubierta externa del organismo y frontera entre éste y el mundo exterior.

1. La piel, como capa de cobertura, tiene, ante todo, una función general de protección. Examina los estímulos que llegan y, en caso de necesidad, los mitiga e incluso los reprime.¹ Para aplicar las mismas medidas de protección contra los estímulos internos, el organismo tiene una tendencia general a proceder con los estímulos perturbadores internos como si fueran externos (605). Esto es válido también para los impulsos reprimidos que

buscan su descarga. Del mismo modo que los músculos, en la lucha contra los impulsos reprimidos, se ponen rígidos en una forma inespecífica, las funciones vasomotoras de la piel son usadas también como "armadura". Tocará a la fisiología explicar en qué forma estos cambios vasomotores conducen a la aparición de una dermatosis.

2. La piel es una zona erógena importante. Si el impulso de utilizarla como tal es reprimido, las tendencias recurrentes en pro y en contra de la estimulación cutánea encuentran expresión somática en alteraciones cutáneas.

La erogeneidad de la piel no se limita a los estímulos del tacto. Las sensaciones de temperatura constituyen la fuente de un placer erógeno que representa un componente importante de la sexualidad infantil. El displacer del frío y el placer de ser nuevamente alimentado. De hecho, el erotismo oral y el erotismo de la temperatura, regularmente hacen su aparición juntos. Por eso los suministros narcisísticos urgentemente requeridos por las personas con fijaciones orales son sentidos no solamente como alimentos sino también como calor.

También el dolor, además de los estímulos del tacto y la temperatura, puede ser fuente de placer erógeno cutáneo. En los casos en que predomina el fin sexual de *ser pegado*, este placer se ha convertido en la representación de toda la sexualidad del individuo (véase págs. 461 y sig.). A menudo, nos encontramos, en efecto, con conflictos sado-masoquísticos como la base inconsciente de una dermatosis.

Se ha sugerido que especialmente la aparición de una psoriasis puede representar impulsos sádicos vueltos contra el propio yo (381, 1240). No parece probable, empero, que la psoriasis tenga el carácter de un síntoma de conversión. Las fuerzas psicogénicas pueden ser más bien un factor determinante entre otros, y bien puede ser que ciertas pulsiones sádicas, al no ser descargadas, actúen sobre la piel a través de alteraciones químicas y nerviosas.

3. Como parte superficial del organismo, la piel es la parte visible externamente. Esto la convierte en asiento de la expresión de conflictos acerca del exhibicionismo. Estos conflictos, a su vez, interesan no sólo a un instinto sexual parcial y al temor o la vergüenza a él opuestos, sino también a diversas necesidades narcisísticas de reaseguramiento. De ahí que los mismos conflictos inconscientes que hallamos en las fobias, acerca de belleza o fealdad (véase pág. 234), en los casos de exhibicionismo perverso (véase págs. 390 y sigs.), o en los de temor social o de temor al tablado (véase págs. 578 y sigs.), pueden ser encontrados también como base de una dermatosis.

4. También pueden ser hallados, entre las reacciones de la piel, equivalentes de la ansiedad. La ansiedad es fisiológicamente un estado simpático-tonico, y las reacciones simpático-tónicas de los vasos de la piel pueden representar ansiedad.

En cuanto a las afecciones especiales de la piel, los torturantes síntomas del prurito constituyen probablemente una consecuencia órgano-neurótica de la sexualidad reprimida, en individuos predispuestos (341). En hombres con prurito anal y perineal, parece haber una conexión más específica con una congestión debida a tendencias erótico-anales (homosexuales) no descargadas (1351). Se puede observar a veces que el síntoma se agrava cada

¹ *Wards them off* dice el texto original.

vez que es reactivada la homosexualidad latente. Queda la impresión, sin embargo, de que el prurito carece de un "significado" específico susceptible de ser retraducido en palabras. Probablemente los anhelos anales inconscientes alteran las respuestas vasculares de toda la región en forma tal que influyen sobre su quimismo. Se puede hacer un comentario similar a éste con referencia al prurito de la vulva, en las mujeres que no se atreven a masturbarse y bloquean su excitación genital.

La urticaria, como se sabe, puede tener una etiología variada. Puede ser una reacción alérgica, sin connotaciones psíquicas. Puede ser una "dermatosis" órgano-neurótica. En opinión de Saul y Bernstein los ataques de urticaria se producen en estados de frustración de un intenso deseo que no puede hallar ninguna otra descarga (1357, y ver también 1194). Es posible que la "urticaria emocional" sea la expresión de una reacción alérgica a ciertas hormonas movilizadas por la emoción.

Tal vez sea posible más adelante, gracias a nuevas investigaciones, subdividir las dermatosis en tipos de estancamiento y tipos de descarga.

EL OJO

Ya dijimos que los mecanismos de los síntomas órgano-neuróticos fueron descritos por primera vez por Freud, al referirse a los síntomas oculares (571, y ver también 823).

La literatura psicoanalítica registra algunas discusiones acerca de la miopía psicógena. Tomando la miopía psicógena como una especie de síntoma de conversión, se planteaba esta pregunta: ¿qué es lo que gana el paciente con no poder ver los objetos distantes o con esconderse detrás de un par de anteojos (720, 860)?

Planteada de esta manera, la pregunta parece carecer de fundamento. Si en la génesis de la miopía existe un factor psíquico, éste debe ser de carácter órgano-neurótico. Desde el punto de vista de la investigación, es probablemente más útil descubrir cuáles son los cambios somáticos producidos en el ojo por el hecho de ser utilizado éste con propósitos libidinosos que considerar la incapacidad de ver a distancia como un símbolo de castración.

La miopía se debe a un alargamiento del eje del globo ocular. Este alargamiento se atribuye en parte a los músculos externos del ojo y en parte a alteraciones en el cristalino y a cambios vegetativos de carácter general, que alteran el contorno del mismo globo ocular. Parecería, de este modo, que la incapacidad de ver los objetos a distancia no tiene un significado psíquico, sino que es una secuela involuntaria y mecánica de procesos simpático-parasimpáticos que afectan ya sea a los músculos externos del ojo ya al tono simpático-parasimpático dentro del globo ocular. ¿Pero a qué se deben estos procesos? El sistema nervioso vegetativo, en todo caso, depende, por supuesto, del *status* afectivo inconsciente de la persona. Un uso constante del ojo con propósitos de la gratificación libidinosa de impulsos escóptofílicos

puede llevarlo a esforzarse activamente en dirección a los objetos para incorporarlos psíquicamente. Es concebible que esto pueda conducir finalmente a un estiramiento del globo ocular (430).

Esta manera de plantear el problema es, por supuesto, muy burda. Sería necesario un exacto conocimiento de los mecanismos de este estiramiento para explicar por qué hay muchas personas con impulsos escóptofílicos particularmente intensos y que no son de ningún modo cortos de vista. No vemos ninguna dificultad en el caso inverso, es decir, en el hecho de que hay muchas personas miopes en quienes no aparece signo alguno de tendencias escóptofílicas inconscientes pronunciadas. No hay razón para suponer que todos los casos de miopía obedecen a una causa psíquica. Mientras en algunos casos el estiramiento del globo ocular se debe a una tentativa de incorporación de objetos en obsequio de impulsos escóptofílicos, en otros casos el defecto es, sin duda, de origen puramente somático.

Los pacientes que presentan trastornos psicósomáticos de un tipo más grave, y los crónicamente propensos a responder a todo esfuerzo exagerado con síntomas físicos, manifiestan habitualmente una orientación narcisística bastante clara. Esto representa una diferencia notable entre estos pacientes y los que padecen de histeria de conversión. La órgano-neurosis produce a veces la impresión de ser una defensa de protección contra (y un equivalente de) una psicosis (1120, 1442). Se puede suponer que el aumento de catexis de las representaciones de órganos, característico de todos los estados narcisísticos, facilita la aparición de síntomas órgano-neuróticos.

LOS PROBLEMAS DE LA PSICOGENESIS DE LAS ENFERMEDADES ORGANICAS Y DE LAS PATONEUROSIS

No todos los síntomas orgánicos en que el psicoanálisis puede demostrar la existencia de una relación con estados o fenómenos psíquicos deben considerarse forzosamente, por ello, de carácter órgano-neurótico. Nada ocurre en el organismo que no sea llevado secundariamente a integrar los conflictos psíquicos del individuo. El solo hecho de aquella relación no prueba nada acerca de la génesis de los síntomas.

La coexistencia, en la misma persona, de un tumor y de ideas inconscientes de embarazo, e incluso la comprobación analítica de una coincidencia entre la aparición del tumor y la intensificación del deseo de embarazo, no debe conducirnos a conclusiones apresuradas e insuficientemente fundadas, acerca de la etiología. Inclusive si, previamente al diagnóstico del tumor, la persona sueña con estar embarazada, y aun cuando esto podría demostrar que inconscientemente tenía cierta noción del tumor antes de saber conscientemente de su existencia, no quiere decir que el deseo del embarazo haya originado el tumor.

Otra complicación que puede agregarse en cuanto a la relación entre síntomas orgánicos y conflictos psíquicos es la que deriva del hecho de que las actitudes psíquicas del individuo pueden ser secundariamente alteradas

por estados de origen somático. La adaptación al dolor y a las alteraciones de las funciones corporales no siempre es fácil. Las diversas formas en que esta adaptación es intentada, y el hecho de que se logre o no, depende naturalmente de la estructura total de la personalidad, de su historia y de sus luchas defensivas latentes. En primer lugar, el proceso somático que se opera en los órganos requiere gran parte de la libido y de la atención mental de la persona. Sus demás intereses y sus relaciones objetales se ven, también aquí, relativamente empobrecidos, y esto explica por qué el estar enfermo hace narcisista a una persona (585). Por otra parte, la enfermedad o el cambio físico puede representar inconscientemente, para el paciente, algo que perturba un equilibrio vigente entre fuerzas reprimidas y represoras. Tal como sucede con un trauma, una enfermedad puede ser tomada como una castración o como el hecho de ser abandonado por el destino, o por lo menos como una amenaza de castración o de abandono. Puede ser percibida también como una tentación masoquista o reactivar algún otro anhelo infantil latente, y provocar de este modo una neurosis.

El retraimiento narcisístico de la persona enferma, así como las erróneas interpretaciones inconscientes de su enfermedad, en términos de conflictos instintivos, son motivo de que algunas veces las neurosis sean la consecuencia, y no la causa, de las enfermedades orgánicas. Ferenczi dio el nombre de patoneurosis a las neurosis que son consecuencia de enfermedades somáticas (478).

La afirmación, hecha por Freud, de que la persona enferma retrae su libido de los objetos y se hace narcisista (585), ha sido puesta en duda porque, de acuerdo con el mismo Freud, esto es lo que ocurre en las psicosis (574). ¿Es concebible que pueda actuar el mismo proceso en situaciones tan diferentes como las que suponen, por un lado, los sentimientos de una persona psíquicamente normal, pero físicamente enferma, y por otro lado el caso de un esquizofrénico? Fuera de toda duda, la diferencia entre una persona físicamente enferma y un enfermo psicótico es considerable. Pero también hay entre uno y otro enfermo semejanzas características, a saber, la pérdida que se registra en el interés dirigido hacia el mundo externo y el incremento de la autoobservación y del interés hacia sí mismo. El individuo físicamente enfermo ha abandonado una pequeña parte de su libido —y sólo por un corto lapso— al mismo destino que el psicótico impone al monto casi total de su libido.

Puede hallarse una confirmación de este punto de vista en el hecho de que las patoneurosis, a menudo, muestran reacciones que por su naturaleza son psicóticas. Esto indujo a Meng a hablar de patopsicosis (1120). También es cierto que los individuos con tendencias a la regresión narcisista son predispuestos a la patoneurosis, y que, con más frecuencia que en cualquier otro caso, las patoneurosis son consecuencia de una afección a los órganos de catexis narcisística más intensa, tales como los órganos genitales y el cerebro. Las patoneurosis expresan también las dificultades en la tarea de adaptación a las limitaciones (reales o imaginarias) creadas por una enfermedad. En los casos extremos se ve la tentativa de negar o sobre-

compensar totalmente las consecuencias reales. La mayoría de las psicosis agudas postoperatorias pertenecen a esta categoría (62, 1368, 1628). Ferenczi y Hollos demostraron que gran parte de la sintomatología de la "parálisis general progresiva" no es consecuencia directa de los procesos degenerativos en el cerebro, sino una reacción patoneurótica indirecta, de parte del paciente, al hecho de advertir la lesión cerebral (494, y ver también 1376). La finalidad de ciertas psicosis que siguen a una operación mutilante es, en forma muy evidente, la de negar una realidad desagradable. El cuadro clínico se halla dominado en ese caso por la lucha entre los datos de la percepción y la tendencia a negar los mismos.

También en otras enfermedades del cerebro, la reacción de la personalidad psíquica a la enfermedad —la lucha entre el intento de adaptarse a los síntomas de origen orgánico, o incluso de utilizarlos, y las tentativas de negarlos— abarca una parte del cuadro clínico (281, 723, 864, 1028, 1206, 1373, 1379, 1382, 1480, 1593). Los conflictos son muy ilustrativos, e incluso ayudan a comprender las funciones de adaptación del yo normal durante su desarrollo. De una manera similar, las tentativas de Jelliffe en el sentido de "psicoanalizar" síntomas encefalíticos (861, 862, 865, y cfr. también 801), deberían entenderse más bien como una indagación de las formas en que la personalidad reacciona a los síntomas o hace uso de ellos, que en el sentido de una creencia en la "psicogénesis" de la encefalitis.

El intenso narcisismo provocado por una enfermedad orgánica actúa a veces como un factor precipitante en la irrupción de una psicosis ordinaria.

Una categoría especial de patoneurosis, que aparecen las más de las veces combinadas con perturbaciones "debidas a una alteración del quimismo", son las patoneurosis hormonales.

Una modificación cuantitativa o cualitativa en la fuente de los instintos tiene que influir también, necesariamente, en la intensidad y la naturaleza de los conflictos instintivos y en sus consecuencias en el orden psíquico. Los autores que han trabajado en este terreno destacan especialmente la correlación entre los datos hormonales y los psíquicos, es decir, el hecho de que las actitudes o los síntomas neuróticos en las personas enfermas desde el punto de vista hormonal ejercen influencia también sobre el estado hormonal. Una identificación psicógena con un miembro del sexo opuesto, por ejemplo, puede alterar el equilibrio hormonal. Pero también ciertos cambios en el equilibrio hormonal pueden facilitar una identificación de esta clase.

Therese Benedek analizó a pacientes con hipertiroidismo y pudo demostrar que la ansiedad y la inquietud somáticamente intensificadas servían de estímulo a reacciones psíquicas que diferían de acuerdo con la diferente estructura de la personalidad premórbida de cada paciente (98). La ansiedad se presentaba regularmente vinculada a pulsiones agresivas, expresadas a veces en una mayor severidad del superyó, y era antagónica a la libido heterosexual (cfr. 1061). En un caso de eunucoidismo, tratado psicoanalíticamente por Carmichael, pudo verse un tipo de correlación similar a éste.

La historia infantil de este paciente no presenta nada que pueda considerarse que escapa los límites de la normalidad. La perturbación orgánica se manifestó en la época de la pubertad, y las dificultades de orden psíquico comenzaron cuando el paciente advirtió esa perturbación. Interpretó inconscientemente su enfermedad como "castración". Se convirtió en un "niño modelo", cuyo carácter anal y compulsivo se hizo cada vez más pronunciado. Su carácter presentaba muchos rasgos que representaban intentos de negación o de sobrecompensación de su "inferioridad". Trató, incluso, de negar la existencia de toda sensación de índole sexual, y agregó a esto una amnesia completa de todos sus recuerdos sexuales infantiles. De igual modo, negó y sobrecompensó sus intensos impulsos agresivos, que tenían por base su sensación de "ser diferente".

Kasaniin tuvo oportunidad de estudiar analíticamente dos pacientes con tumores en las glándulas hormonales (928).

Uno de los pacientes tenía un tumor en la glándula suprarrenal, el otro un teratoma en la glándula pineal. El comportamiento psíquico patológico de ambos parecía estar determinado en parte por un intento de eliminar o negar los síntomas somáticos, pero en parte parecía también que la ansiedad y la depresión que experimentaban los pacientes no eran emociones auténticas, sino el síndrome fisiológico de estas emociones, sin la existencia simultánea del hecho mismo de experimentar psíquicamente los sentimientos del caso. Esto podía deberse quizá a la defensa, pero también podía deberse al hecho de que las alteraciones hormonales producían solamente los signos fisiológicos periféricos del afecto y no la vivencia total condicionada centralmente.

Daniels publicó un relato detallado acerca de un paciente con *diabetes mellitus* (303, 304).

El paciente tenía un carácter intensamente oral, con la estructura mental de un adicto. Los cambios en los requerimientos de insulina y en el tenor de azúcar en la orina tenían relación directa con alteraciones en los conflictos emocionales. El paciente sentía una gran ansiedad, que tenía en parte, por cierto, un origen fisiológico, y elaboró diversos métodos de rechazo de esta ansiedad, sexualizándola.

Según Dunbar (343), la incostancia y la indecisión son rasgos característicos de las personalidades diabéticas. Los diabéticos tienen una pronunciada tendencia a la homosexualidad, o por lo menos una orientación bisexual o pregenital. Manifiestan signos de angustia social y de debilidad del yo. Tienen semejanzas con los caracteres compulsivos (véase págs. 591 y sigs.) e incluso tendencias a las reacciones psicóticas de tipo ciclotímico, así como también de tipo paranoide. Se puede observar frecuentemente, durante la enfermedad, una desintegración creciente de la personalidad total. De ahí que se haya dado a la diabetes el nombre de psicosis psicósomática.

Parece ser que hay casos de "glucosuria emocional", que se deben al quimismo perturbado de la persona insatisfecha. Son de pronóstico benigno. No se conocen exactamente los mecanismos fisiológicos a que obedecen.

Meng y Grote estudiaron psicoanalíticamente casos de delgadez patológica (1121). No hallaron nada que fuera muy específico, pero pudieron demostrar que los factores de orden psíquico desempeñan un papel definido en las fluctuaciones de la enfermedad, es decir, que han influido sobre el estado hormonal.

Los casos graves de anorexia manifiestan una patología hormonal definida. En algunos casos estas alteraciones son probablemente de carácter primario. En otros, una perturbación primaria del desarrollo mental, que fija el yo en la fase oral, da lugar a alteraciones hormonales secundarias (361, 1082, 1555). El significado psíquico de esta fijación es variable. Algunas veces una anorexia constituye el equivalente de una depresión.

Otro tanto puede decirse de la obesidad. Hay perturbaciones glandulares graves (enfermedad de Fröhlich, *status adiposogenitalis*) que influyen sobre el desarrollo psicosexual en el sentido de producir retardamiento, fijación oral y debilidad de la genitalidad. Hay también casos de "obesidad auténtica", que son órgano-neurosis, y que, iniciándose con perturbaciones psicógenas del desarrollo, desembocan en anomalías hormonales (209, 210, 211, 1327).

Lo opuesto a una patoneurosis sería la "patocuración" de una neurosis que desaparece con la irrupción de una enfermedad orgánica. Esto sucede en los masoquistas morales, cuyas neurosis representan, ante todo, un sufrimiento mediante el cual pacifican su superyó. Las neurosis de esta índole resultan superfluas cuando son sustituidas por algún otro género de sufrimiento.

Cada vez que nos encontramos con la existencia de un vínculo entre un síntoma orgánico y un conflicto psíquico, la primera pregunta que hay que plantear es ésta: ¿es el conflicto el que ha dado lugar al síntoma o es éste el que dio origen al conflicto? No hay duda de que algunas veces se trata de un círculo vicioso, en el que vemos el conflicto y el síntoma perpetuándose mutuamente (182, 242, 317, 343, 858, 1137, 1233, 1414, 1442, 1511, 1573).

HIPOCONDRIA

La hipocondría es una órgano-neurosis cuya causa fisiológica se desconoce todavía. Se puede suponer que ciertos factores psicógenos, a saber, un estado de estancamiento y de retraimiento narcisista —o más bien una propensión a reaccionar al estado de estancamiento con un retraimiento narcisista— dan lugar a alteraciones de carácter orgánico, las que, a su vez, dan origen a las sensaciones hipocondríacas.

Teóricamente hay que distinguir dos situaciones, aunque de hecho las dos se hallan íntimamente mezcladas:

1. Los procesos orgánicos originados en la falta de una descarga adecuada elevan el grado de tensión en ciertos órganos; esta intensificación se hace sentir en forma de sensaciones dolorosas.

2. El retiro de catexis antes asignadas a objetos altera la economía psíquica en el sentido de que ciertas cantidades de libido normalmente vinculadas a ideas de objetos ahora pasan a intensificar todas las ideas referentes a los propios órganos (585, 1374).

La denominación de catexis de objeto (catexis objetal) significa que la suma total de las ideas y sentimientos que una persona tiene con relación a otra persona constituye una "representación intrapsíquica de objeto" (408), y que esta representación recibe la catexis de una cantidad particular de energía psíquica. De una manera análoga, el propio cuerpo y los órganos encuentran su representación intrapsíquica en una suma de recuerdos y sensaciones, y en las relaciones recíprocas de los mismos. La "imagen corporal" (1372) creada de este modo tiene una gran importancia en el proceso de formación del yo. No se trata de que sea simplemente idéntica al cuerpo real. La vestimenta, miembros amputados e incluso el automóvil perteneciente a una persona pueden formar parte de esa imagen corporal, a la par que son excluidos de ella los órganos "extrañados". De ahí que existan también "representaciones intrapsíquicas de órganos". "Retraimiento narcisista" quiere decir transferencia de libido de las representaciones objetales a las representaciones de órganos.

El hecho de comportarse inconscientemente, con relación a la vestimenta, como si fuera parte del cuerpo, quedó evidenciado en el caso de un paciente cuyas preocupaciones obsesivas acerca de la vestimenta, tanto descriptivamente como estructural y genéticamente, se evidenciaron como una "hipocondría de la vestimenta".

Las reacciones químicas y nerviosas al estado de estancamiento pueden precipitar a veces una sobrecatexis intrapsíquica de las representaciones de órganos. Otras veces los procesos se producen en un orden inverso: una regresión al narcisismo altera secundariamente las funciones físicas de los órganos. Esto es lo que ocurre en las sensaciones hipocondríacas al comienzo de un proceso esquizofrénico.

La relación entre catexis de representaciones de órganos y procesos físicos se manifiesta también en el ya citado narcisismo de las personas enfermas. Para la curación de un órgano enfermo y para elevar su resistencia a la enfermedad, un aumento de catexis de órgano parece ser necesaria, o por lo menos beneficiosa. Por eso la "libido corporal" tiene una función vital de carácter general. No sólo hay un *plus* mórbido en las catexis de órgano, en la hipocondría; también es concebible un *minus* mórbido de las mismas. Se puede suponer que la subsistencia individual depende de revestir las representaciones de órgano de una cierta cantidad de libido. Tausk hablaba de un "tono libidinoso" de todos los órganos (1531). En la hipocondría, así como también en la psicosis, se ponen de manifiesto las consecuencias de un hipertono libidinoso patológico de los órganos. En las personas que temen sus sensaciones corporales y las rechazan, puede haber también un hipotono libidinoso patológico de los órganos.

No todo extrañamiento de un órgano ni toda remoción de partes del cuerpo o de sensaciones pertenecientes a la imagen corporal consciente pueden ser interpretados como una disminución patológica de la catexis de la representación de órgano. Los órganos o las sensaciones pueden ser realmente reprimidos, es decir, ser revestidos de catexis, sí, pero al mismo tiempo verse contrarrestados e impedidos de manifestarse por la acción de una contracatexis igualmente intensa (410).

Raras veces aparece la hipocondría como una neurosis aislada (1488). Es más frecuente su hallazgo bajo la forma de un factor que complica el cuadro de alguna otra afección psicopatológica. Se la ve a menudo combinada con una neurosis de angustia aguda o con una neurastenia. Constituye, en un grado poco considerable, un factor de complicación en algunas neurosis obsesivas. Es un factor importante de complicación, y esto en mayor grado, en todas las psicosis, especialmente en las etapas iniciales de las mismas. La hipocondría puede ser producida por una hipercatexis primaria de las representaciones de órgano (en las psicosis), o bien por manifestaciones orgánicas primarias, de índole desconocida, del estado de estancamiento (en las neurosis actuales).

Entre los impulsos retirados del objeto y transferidos a las representaciones de órgano, en la hipocondría, parecen desempeñar un papel especialmente importante los hostiles y los sádicos. La actitud hostil original contra un objeto se vuelve contra el yo, y la hipocondría puede constituir así una gratificación de los sentimientos de culpa.

Debe hacerse la distinción entre las sensaciones hipocondríacas ("delirios hipocondríacos") y la angustia hipocondríaca, si bien a menudo se las encuentra unidas. En los casos en que predomina la angustia parece haber más bien una hipercatexis aislada de las representaciones de órgano, y donde predominan las sensaciones, alteraciones orgánicas reales.

Sucede a veces que el psicoanálisis descubre, de una manera sorprendentemente clara y definida, el significado inconsciente de una determinada angustia hipocondríaca. Ésta representa por lo general, y de una manera encubierta, una angustia de castración.

Será interesante citar, como un ejemplo de esto, el análisis del "hombre de los lobos", tal como fue continuado por Ruth Mack Brunswick. Los delirios manifiestamente hipocondríacos del "hombre de los lobos", ostentaban la marca indeleble de una angustia de castración (1088).

Con no poca frecuencia, el psicoanálisis consigue aclarar también la historia infantil del desplazamiento de la angustia de castración a la hipocondría. Ciertas experiencias pueden haber transformado la angustia de castración en temores de contraer una enfermedad o ser víctima de una alteración física. A menudo resulta de ello "fobias a la enfermedad" claramente definidas. El mecanismo de introyección ha adquirido en estos casos, por regla general, una importancia sobresaliente. El proceso consistente en desviar de un objeto impulsos hostiles para dirigirlos contra los propios órganos, es percibido inconscientemente como una introyección, habitual-

mente de carácter oral, y ocasionalmente de carácter anal, epidérmico o respiratorio. De ahí que el órgano que sufre la afección hipocondríaca representa no sólo el pene puesto en peligro, sino también, al mismo tiempo, el objeto, que, junto con su ambivalente catexis, ha sido introyectado y llevado del mundo exterior al interior del propio cuerpo.

La hipocondría de cierto paciente tenía, en los planos superiores, el significado de castración como castigo. En un plano más profundo tenía el significado de gratificación sexual pasiva (embarazo), y en otro plano, más profundo aún, el órgano afectado era equiparado al objeto introyectado. La nariz del paciente, que representaba el papel principal en su enfermedad, no sólo representaba el pene puesto en peligro, a la vez que las fosas nasales tenían el significado de una especie de órgano sexual femenino anal, sino que representaba también a su difunta madre, a la que había incorporado a través del aparato respiratorio (420).

Simmel ha destacado especialmente la equiparación inconsciente del órgano que sufre la afección hipocondríaca y el objeto introyectado. "El sustituto parental introyectado —dice Simmel— se convierte en el material mórbido que tiene que ser eliminado para que el paciente pueda recuperar su salud". Y más adelante agrega que "un órgano puede representar este material mórbido" (1436, 1438).

Sensaciones dolorosas y temor a la enfermedad física aparecen también en la histeria de conversión y en la histeria de angustia, respectivamente, y hay casos en que el decidir si ha de considerárselo histérico o hipocondríaco es una simple cuestión de preferencia. Por regla general, sin embargo, no es difícil distinguir entre el hipocondríaco y el histérico, tomando como base ciertos rasgos de la personalidad, que se deben a diferencias en su respectiva situación libidinosa. El hipocondríaco típico es ostensiblemente una criatura narcisista, tendiente siempre al aislamiento, y monomaniaca (1380). La hipocondría es, pues, un estado de transición entre las reacciones de carácter histérico y las delirantes claramente psicóticas.

Un paciente con una neurosis vasomotora grave, sufría ataques de pseudo angina de pecho. Los ataques aparecieron por primera vez cuando el paciente, inmediatamente después de la muerte de la madre, supo que también su padre estaba enfermo de gravedad. El paciente, que era un individuo narcisista-infantil, fijado a sus padres, y que fue incapaz, hasta el momento, de vivir sin ellos, se encontró, por lo tanto, repentinamente, ante el peligro de tener que enfrentar por sí solo la vida. La pseudoangina tenía para él, ante todo, el significado evidente de una identificación con el padre, que padecía una enfermedad del corazón. El paciente perdió su interés por el padre y por todos los demás objetos, y se dedicó a sus ataques y a su miedo a la muerte. Tenía el temor de que su corazón lo abandonara, del mismo modo que en la vida real se hallaba ante el peligro de verse abandonado por su padre. Si bien se sometió ostensiblemente, en forma pasiva y bastante masoquista, a su enfermedad, al mismo tiempo maldecía constantemente su propio corazón, con lo que demostró que había transferido al corazón la ambivalencia que alguna vez había sentido frente al padre. Los sueños del paciente, en especial, demostraban la coincidencia entre su actitud hacia su enfermedad y su actitud infantil con el padre. La validez de la equiparación inconsciente *corazón = padre introyectado* no

significa necesariamente que una "introyección del padre en su corazón" era lo que originaba sus ataques. Los ataques eran de naturaleza órgano-neurótica, es decir, eran originados por ciertas respuestas vasomotrices del paciente, las que a su vez se debían a sus emociones reprimidas.

Es necesario mencionar aquí que la hipocondría no sólo puede ser la consecuencia de una angustia de castración de la infancia, sino que el psicoanálisis revela también, a veces, que algunos pacientes con una angustia de castración grave, a quienes se habría atemorizado en la infancia, habrían pasado luego por un período de hipocondría más o menos grave acerca de su pene, hipocondría que más tarde se redujo a un simple temor.

LA TERAPIA PSICOANALITICA EN LAS ORGANO-NEUROSIS

La gran variedad de los fenómenos designados con el nombre de órgano-neurosis hace imposible toda afirmación general acerca de su tratamiento psicoanalítico. Hay estados que se han hecho "orgánicos" a tal extremo que se hace necesario un inmediato tratamiento físico. Pero siempre que los síntomas son consecuencia de actitudes inconscientes de carácter crónico, está indicado el psicoanálisis, a objeto de hacer consciente dicha actitud y hacer posible, con ello, el superarla.

Freud afirmaba que los síntomas órgano-neuróticos no son "directamente accesibles" al psicoanálisis. Indirectamente lo son. Cuando la ansiedad u otros obstáculos que se oponen a la descarga adecuada de los impulsos de una persona son eliminados por el análisis, los síntomas indirectos desaparecen sin haber constituido un objeto específico del análisis. La alteración en la función no puede ser "analizada", porque carece de significado inconsciente, pero se puede analizar la actitud que la ha motivado, y si la actitud es abandonada o el estado de estancamiento es superado, las consecuencias involuntarias también desaparecen (41, 1350, 1592).

Claramente se ve que es la actitud o el bloqueo de la descarga, y no el síntoma en sí mismo, el objeto del análisis. Mediante un análisis de prueba se deberá estimar previamente la importancia etiológica relativa de los factores inconscientes y establecer un diagnóstico dinámico. Una histeria con la sintomatología limitada a un solo órgano no es más difícil de analizar, por supuesto, que cualquier otra histeria. Pero cuanto más cerca se halla una órgano-neurosis de ser una psicosis, más dudoso será el pronóstico.

En cuanto se refiere al tratamiento de las patoneurosis, un buen número de ellas, tal como podía esperarse del carácter de la perturbación, sigue una evolución aguda y remiten espontáneamente cuando desaparece la facilitación somática subyacente. Si la enfermedad ha servido de factor precipitante de una auténtica neurosis o psicosis, el tratamiento depende del carácter de la neurosis o la psicosis provocada.

En el caso de la hipocondría resulta aplicable, una vez más, la conocida regla: cuanto más histeriforme es el cuadro clínico (es decir, donde la hipocondría representa simplemente angustia de castración), más benigno

es el pronóstico. Cuanto más predomina el narcisismo, más dudoso e incierto será aquél. Por lo que se refiere a la aptitud para la transferencia, las neurosis hipocondríacas graves difieren poco de la psicosis.

La mayor o menor facilidad en la tarea de eliminar las perturbaciones de una economía libidinosa individual depende de hasta qué punto ese individuo se halla psicológicamente en condiciones para el establecimiento de la primacía genital. De una persona que de ningún modo ha alcanzado, o ha alcanzado apenas, el nivel de la genitalidad infantil, en la que ha de basarse necesariamente toda terapia ulterior, nada bueno podrá decirse en materia de pronóstico (1267). La decisión acerca de si se habrá de aplicar o no, a tales pacientes, el tratamiento psicoanalítico, depende de su capacidad de establecer la transferencia y del status de su genitalidad infantil. Sólo un análisis de prueba podrá verificar estos factores. Puede decirse, empero, que en los casos dudosos la decisión ha de inclinarse, así y todo, en favor del psicoanálisis: muchos individuos de este tipo no pueden ser ayudados por ningún otro método terapéutico, en tanto que el psicoanálisis ofrece al menos alguna esperanza.

APENDICE: EPILEPSIA

Mucho se ha escrito acerca de la relación "psicosomática" en la epilepsia. Este misterioso complejo de síntomas obedece a un acondicionamiento orgánico previo. La aparición del síndrome parece depender, no obstante, algunas veces, de factores de orden psíquico e incluso provocado, en algunos casos, por factores de orden psíquico. ¿Cómo podrá clasificar el psicoanálisis una enfermedad como ésta? (3, 90, 267, 269, 271, 272, 276, 280, 339, 623, 714, 765, 857, 863 997, 1030, 1092, 1123, 1276, 1478 y otros).

Con lo que mejor se puede comparar el ataque epiléptico es con la crisis afectiva. Un estímulo traumático, o un estímulo normal que incide sobre un organismo en estado de estancamiento, precipita un síndrome de descarga preconditionado, que se abre camino hacia la motilidad, a despecho del dominio normal del yo. Esta definición es igualmente válida para la crisis afectiva y para el ataque epiléptico. Este último puede ser considerado como una especie de ataque afectivo especial, que se produce solamente en ciertas personalidades orgánicamente predisuestas. La predisposición consiste en la propensión del paciente a reaccionar a ciertos estímulos, o a la presión de ciertos estados de estancamiento, mediante este síndrome arcaico de descarga explosiva y convulsiva.

Esta predisposición es lo que capta el encefalograma, bajo la forma de características modificaciones que registra el trazado.

Los estímulos que provocan esta reacción arcaica son de diversa índole. Los ataques del tipo "sintomático" (de Jackson) se producen como respuestas de tipo reflejo a estímulos puramente físicos. Una lesión orgánica

del cerebro origina una inhibición en los estratos superiores de organización del cerebro y aparece entonces, nuevamente, una reacción de tipo arcaico. En la epilepsia auténtica, probablemente se origina el mismo efecto a raíz de una lesión cerebral de carácter más sutil y de índole desconocida aun. Pero la naturaleza de los estímulos provocadores y de la tensión procedente puede hacerse más específica. A veces se da claramente el caso de impulsos específicos de carácter psíquico que, en vez de provocar una reacción en un estrato elevado, provocan un ataque, por decir así, en forma de corto circuito. Una enfermedad como ésta no puede ser llamada "órgano-neurosis del cerebro" en el sentido de que una actitud psicógena puede haber modificado los patrones de reacción del aparato central, pero puede recibir ese nombre en el sentido de que la presión de lo reprimido hacia la motilidad precipita, a partir de una determinada disposición somática, un síndrome fisiológico arcaico. Es, como dice Freud, "como si el mecanismo de la descarga impulsiva anormal estuviera preparado orgánicamente, ya de antemano, para ser requerido en situaciones enteramente diferentes entre sí, en el curso de perturbaciones de la actividad cerebral debidas a afecciones graves, tanto histolíticas como tóxicas, así como también en el caso de un control inadecuado de la energía psíquica" (623).

La experiencia clínica indica que las personalidades epilépticas presentan:

a) una orientación general muy narcisista y mostrando las características, ya descritas, de un yo arcaico y dispuesto siempre a sustituir las relaciones objetales por identificaciones;

b) pulsiones destructivas y sádicas muy intensas, que habían sido reprimidas durante largo tiempo y que encuentran en el ataque una descarga explosiva. La represión de las pulsiones destructivas es debida a un intenso temor al castigo, lo cual es muy ostensible, a menudo, en el cuadro clínico.

Como bien se sabe, el aura es la parte más variable del ataque epiléptico. Puede esperarse, por ello, que el aura, que precede al "síndrome arcaico de descarga", más uniforme, nos revelará más acerca de la naturaleza específica de los estímulos psíquicos precipitantes. Esta presunción no es vana. Psicoanalizando los contenidos de las auras de varios casos, Hendrick encontró que antes del ataque ha sido movilizada la tendencia a la aparición de angustia: a continuación, la incipiente crisis de angustia es bloqueada, y el ataque epiléptico se produce como una especie de sustituto de la angustia que no fue experimentada. "La descarga a través del sistema nervioso central ha reemplazado a la descarga de tensiones autónomas" (765). Las experiencias que provocan la crisis revelan ser, en el análisis, o bien alusiones a impulsos reprimidos que alguna vez fueron experimentados con angustia, o representaciones proyectivas de las sensaciones de la angustia misma. La angustia bloqueada es siempre, probablemente, un temor a la posibilidad de que una destructividad intensa y bloqueada sea desviada contra el propio yo. La capacidad de sustituir la angustia con los fenómenos convulsivos centrales específicos constituiría un problema puramente fisiológico.

Bartemeier llamó la atención sobre el hecho de que en las personas

neuróticas y normales se producen ciertas descargas explosivas arcaicas que pueden ser consideradas como los prototipos normales del ataque epiléptico, tales como las sacudidas bruscas en el momento de dormirse, el rechinar de los dientes y la contracción de la mandíbula durante el dormir, el acto de morderse involuntariamente la lengua o ciertas perturbaciones momentáneas de la atención (90). Todos estos fenómenos se encuentran facilitados en los estados de fatiga y de regresión del yo, y en situaciones de rabia latente.

Fuera de lo que se refiere al ataque y al aura, los fenómenos epilépticos no han sido aún estudiados psicoanalíticamente. Es lícito hacer, sin embargo, una observación general de carácter especulativo acerca del empeoramiento final de algunos casos. Si es correcta la suposición acerca de que el aparato psíquico desempeña las funciones de elaboración y descarga final de los estímulos que llegan al organismo, es concebible que un cambio decisivo en los métodos de descarga, mediante el establecimiento de un método explosivo simple, e indiferenciado, pueda conducir a una simplificación e indiferenciación del aparato psíquico en su totalidad.

Hay una transición gradual entre la epilepsia auténtica y las histerias de conversión: casos en los cuales los ataques epileptiformes expresan una idea definida y presentan todas las características de los síntomas motores histéricos (histero-epilepsia) (368, 647, 714^a, 770, 1259, 1335, 1611).

CAPÍTULO XIV

OBSESION Y COMPULSION

EL FENOMENO DE LA COMPULSION

En todas las psiconeurosis el control del yo se ha hecho relativamente insuficiente. En los síntomas de conversión, el yo ha sido simplemente derrocado; se producen actos que el yo se ha propuesto realizar. En las compulsiones y obsesiones sigue en pie el hecho de que el yo gobierna la motilidad, pero el yo no se siente libre en el uso de este poder de dirección: está obligado a usarlo de acuerdo con el extraño mandato de una instancia más poderosa, que contradice su discernimiento. Se halla obligado a hacer o a pensar, o a omitir ciertas cosas, bajo el peso de terribles amenazas.

Los derivados de los impulsos que han sido rechazados, delatan su naturaleza de derivados por su carácter exagerado, es decir, por la desproporción de las emociones que los acompañan o por la rigidez con que se adhieren a ellas. Las ideas *obsesivas* son, ante todo, derivados. Algunas veces siguen conservando su carácter de impulsos, otras veces lo han perdido y consisten sólo en intensas ideas en las que hay que pensar. Su persistencia representa la energía de alguna otra idea impulsiva que ha sido rechazada, y a la cual se halla vinculada por asociación.

Algunas veces la transición de una fobia a una obsesión puede ser observada directamente. Primeramente, son evitadas ciertas situaciones, después, se ejerce una constante atención para asegurarse de que este requisito seguirá cumpliéndose. Más adelante, esta atención toma un carácter obsesivo, o bien se desarrolla otra actitud obsesiva, de carácter positivo, irreconciliable en tal grado con la situación originariamente temida, que la evitación de ésta queda completamente asegurada. Conmoveros rituales suceden a los tabús. Lavados compulsivos y temores de suciedad; rituales sociales y temores sociales; ceremoniales para dormir y temores de dormirse; rituales sobre la manera de caminar e inhibiciones para caminar; maneras compulsivas de tratar a los animales y a las personas inválidas, y sus fobias correspondientes.

Algunas ideas fóbicas adquieren carácter compulsivo por su mera intensidad. Así, por ejemplo, la idea de ser feo o de despedir mal olor. Son ideas obsesivas

mientras el paciente siente esto: "Me veo obligado a sentir como si esto o lo otro fuera el caso". Son ideas delirantes, si el paciente está convencido de su base real.

En otros casos, la obsesión no llena el requerimiento de evitar aquello que primitivamente fue temido, sino que impulsa a la persona a hacer precisamente aquello que le había infundido temor. Las obsesiones de este tipo no son causadas por la necesidad de mantener una fobia, sino por la lucha del impulso original, o bien de la personalidad, contra la fobia.

Estas obsesiones no son más que una de las categorías de las actitudes contrafóbicas (435) (véase págs. 536 y sigs.). Un ejemplo de esto lo constituye un paciente que tenía un interés obsesivo por la navegación y los deportes acuáticos, lo cual era resultado de un temor infantil de hacer correr el agua en el retrete. El temor a los lugares altos puede ser reemplazado por la impulsión obsesiva de saltar para abajo.

Las compulsiones son obsesiones que todavía se sienten como impulsos. Las compulsiones también son derivados, y su intensidad también expresa la intensidad de las pulsiones rechazadas.

Hay casos en que la deformación del impulso instintivo original consiste solamente en el hecho de que el apremio "instintivo" se ha transformado en un apremio "compulsivo". No son infrecuentes los pensamientos obsesivos sobre actos incestuosos y homicidas. Aparecen despojados de su carácter de deseos instintivos y de su cualidad emocional apropiada. Los pacientes que tratan de expresar el hecho de que estas horribles ideas no son sentidas como deseos, a menudo dicen que las ideas compulsivas de esta índole "los dejan fríos". En realidad, puesto que las compulsiones son torturantes, no los dejan fríos, de ningún modo (618). Las fuerzas defensivas no han logrado hacer que el paciente quede inadvertido sobre lo que está ocurriendo en su interior; pero han logrado dar una forma compulsiva a la tendencia original. La naturaleza de esta transformación constituye el problema del mecanismo de la formación de síntomas en la neurosis obsesiva.

Un paciente que sufría del temor de dar la impresión de ser un homosexual, tenía la siguiente idea obsesiva cada vez que trababa relación con un hombre con quien antes no se había encontrado: "Con este hombre podría realizar un coito homosexual". No sentía excitación ni impulso sexual alguno, y no tenía noción alguna de que la idea obsesiva expresaba un deseo.

Otras obsesiones y compulsiones no parecen expresar un impulso instintivo deformado, sino, como ya se ha mencionado, una afirmación de seguridad de parte de las fuerzas defensivas. La compulsión puede ser descrita como un mandato desde adentro. La idea de "ser mandado" arraiga, por cierto, en las experiencias del niño con los adultos que acostumbraban "mandarlo", y especialmente, en nuestra cultura, en experiencias con el padre. En las compulsiones, este padre manda desde adentro, y se da el nombre de superyó a "un representante interno del padre". Por eso, en

la formación de los síntomas compulsivos, el papel que desempeña el superyó no es el mismo que el de la conversión.

Parecería ahora que hemos llegado a afirmaciones contradictorias. Primero dijimos que el fenómeno de la compulsión es una deformación del fenómeno de las urgencias instintivas. Ahora parece como si fuera un derivado de las órdenes dadas alguna vez por el padre, con el propósito de coartar las exigencias instintivas.

INSTINTO Y DEFENSA EN LOS SINTOMAS COMPULSIVOS

En realidad, el fenómeno de la compulsión es una condensación de las fuerzas instintivas y las antiinstintivas a la vez. El cuadro clínico manifiesto revela más el primer aspecto en algunos casos, y en otros el segundo. Lo primero es el caso de las ideas incestuosas u homicidas. Más frecuente es que los síntomas expresen, en forma evidente, mandatos deformados del superyó. El significado de defensa y de penitencia es mucho más acentuado que en los síntomas de conversión. El peligro del cual la persona trata de protegerse participa menos del carácter de una pérdida externa de amor, o de una castración, que de una amenaza de adentro. Lo que principalmente se teme es una especie de pérdida del respeto a sí mismo e incluso un sentimiento de "aniquilamiento". En otros términos, los sentimientos de culpa tienen una significación más decisiva como motivo de la defensa patógena. Esto está en consonancia con el hecho de que las neurosis obsesivas en los niños empiezan más tarde que las histerias, comúnmente en el período de latencia.

En algunos casos resulta evidente que las compulsiones ocupan el lugar de órdenes del superyó. Un paciente con compulsión de lavarse cuando siente la orden de "ve y lávate", repite simplemente lo que alguna vez oyó cuando niño. Nada importa el hecho de que la orden dada por los padres haya tenido en realidad un propósito de higiene, mientras que el neurótico obsesivo la usa como defensa contra "pensamientos sucios", ya que siendo niño el paciente sentía que si los padres conocieran sus pensamientos sucios le habrían ordenado que se lavara.

Lo mismo vale para las compulsiones que no son sentidas como mandatos positivos sino como amenazas. El paciente tiene ideas obsesivas acerca de lo que hubiera sucedido de haber cedido a la tentación. Por ejemplo, si se trata de esto: "Si haces esto u omites estotro, morirás", o bien "si haces esto u omites estotro, tendrás que hacer tal o cual penitencia", o "si haces esto u omites estotro, morirá tu padre". El análisis revela que los actos que deben ser contrarrestados o evitados tienen un significado instintivo censurable. Representan, por regla general, las tendencias del complejo de Edipo, deformadas, es cierto, de un modo muy característico. Los castigos a que se refiere la amenaza representan o bien el peligro que alguna vez se creyó vinculado al instinto prohibido en cuestión (peligro de castración o de pérdida de amor), o bien alguna forma activa de autocastigo que

habría de servir para eludir (y reemplazar) la castración o la pérdida de amor. La amenazante disyuntiva "o morirá tu padre", que no encuadra en esta interpretación, puede explicarse como un repentino descubrimiento de la "señal de angustia". Significa esto: "Lo que te propones hacer no es cosa inofensiva. La verdad es que quieres matar a tu padre. Si cedes a la presente tentación, el resultado puede ser el asesinato de tu padre".

Mientras que algunos síntomas compulsivos constituyen maneras deformadas de percibir exigencias instintivas y otros expresan las amenazas anti-instintivas del superyó, hay también otros síntomas en que se ve claramente la lucha entre lo uno y lo otro. La mayor parte de los síntomas de duda obsesiva caben dentro de esta fórmula: "¿Puedo ser desobediente, o tengo que ser bueno?" A veces un síntoma consta de dos fases, una que representa un impulso censurable y la otra la defensa contra el mismo. El "hombre de las ratas", de Freud, por ejemplo, se sentía impulsado a retirar una piedra del camino porque podría lastimar a alguien, pero en seguida sentía la necesidad de ponerla nuevamente en su lugar (567). Al ocuparnos de los mecanismos de la "anulación" hemos citado algunos hechos de esta índole.

A veces puede observarse cómo, en el curso de una neurosis obsesiva, un síntoma puede cambiar de significado. Un síntoma que primeramente expresaba la defensa puede convertirse cada vez más en expresión del impulso primitivo, en vías de retornar.

Un paciente tenía la aptitud de disipar la angustia que seguía a la masturbación, contrayendo los músculos de las piernas. Esta tensión fue reemplazada después por un golpeteo rítmico sobre las piernas, al que seguía después otro acto masturbatorio. Otro paciente sentía remordimientos después de hacer ejercicios gimnásticos. El análisis demostró que los ejercicios representaban la masturbación. Luego este remordimiento, con el que finalmente llegó a transigir, de una manera obsesiva, por fin le hizo pensar: "¡Ahora mastúrbate y arruinate completamente!", y se sintió compelido a repetir varias veces la masturbación, una vez tras otra, sin ningún placer.

Pacientes que necesitan asegurarse de que han cerrado la llave del gas, se sienten a menudo compelidos a tocar la llave nuevamente, de manera que el mismo acto destinado a combatir el peligro puede en realidad precipitarlo. Un paciente necesitaba reacomodar una y otra vez los objetos colocados sobre una biblioteca, para evitar que cayeran sobre la cabeza de alguien, con lo cual, en realidad, hacía más probable su caída. Muchos neuróticos obsesivos, para proteger de sus impulsos hostiles a los seres queridos, los cuidan tan devotamente de peligros imaginarios que en realidad los atormentan, expresando así su hostilidad a pesar de ellos mismos.

Un extremo insuperable de "retorno de lo rechazado" lo ofrece una paciente observada por Waterman. Sufría de una fobia tan intensa a la suciedad que se quedaba en cama todo el día cuando tenía la sensación de que sus vestidos, o la habitación en general, estaban sucios. Su temor a la suciedad le impedía totalmente, en tales días, abandonar la cama, con el resultado de que, en cierto momento, llegaba al punto en que realmente ensuciaba la cama.

Razonamientos tales como "Ya te has arruinado con el ejercicio, de modo que te lo tienes merecido si terminas de arruinarlo totalmente con

la masturbación", señalan cómo debe explicarse la paradoja de que un contenido instintivo pueda ser sentido como si fuera un mandato del superyó. Los síntomas de esta clase representan un compromiso entre la pulsión rechazada y el amenazante superyó. La pulsión se expresa en el contenido ideacional, y el superyó en el aspecto de mandato que la deformación ha impuesto al impulso primitivo. La masturbación compulsiva exenta de placer representa la expresión máxima de este género de condensación. Se realiza un acto sexual, no en procura de placer, sino con un propósito de castigo y de coartamiento de la sexualidad. Esto representa frecuentemente el final de un largo desarrollo. Una compulsión que constituía una defensa contra la masturbación, es reemplazada, mediante el retorno de lo reprimido, por otra masturbación, que ahora tiene un carácter compulsivo y punitivo. Este castigo "a lo Midas", mediante el rencoroso pseudocumplimiento de un deseo (véase pág. 256), es característico de muchos neuróticos obsesivos. Alguna vez se les ve poner fin a un estado de duda y cavilaciones mediante la masturbación.

Un hecho similar se observa con frecuencia en el terreno de los "equivalentes de la masturbación". Compulsiones tales como la de golpear, o realizar movimientos musculares ceremoniales, o los rituales que prescriben cómo las cosas deben ser tocadas, y cómo no deben, son primeramente dirigidas contra la masturbación, pero pueden transformarse luego en equivalentes de la masturbación. A veces el paciente se da cuenta, de una manera vaga, de esta relación y tiene que castigarse entonces por ese compulsivo "mal" comportamiento. Otras veces el paciente no tiene la menor sospecha sobre el significado del síntoma (357, 467, 733).

Los rituales compulsivos representan generalmente una caricatura de la masturbación (503). A veces un síntoma que aparentemente no tiene ninguna vinculación con la masturbación, revela esa vinculación cuando es analizado. Una paciente se sentía forzada a contar hasta cinco o seis cada vez que abría una canilla de agua, o incluso si pasaba delante de una canilla. Se sentía completamente dominada por la envidia del pene, de modo que era de esperar que un síntoma relacionado con una canilla de agua tuviera alguna relación con esa envidia. Y en efecto, se acordaba de que cierta vez, teniendo infectado un dedo, su madre la amenazó diciéndole que el dedo tendría que ser cortado. De modo que el ritual debía ser interpretado como sigue: la vista de la canilla (de un pene) obligaba a la paciente a convencerse de que en vez de cuatro dedos, tenía cinco y hasta seis. Más avanzado el análisis, resultó que el ritual tenía una conexión más íntima con la masturbación: la paciente tenía la costumbre de masturbarse colocando un dedo frente a los genitales y dejando que la orina corriera a lo largo del dedo, como si éste fuera un pene.

A menudo se puede ver que el complejo de Edipo constituye el núcleo central de los impulsos rechazados, bastando a veces, incluso, un examen muy somero. A causa de la represión, esto sería enteramente imposible en la histeria.

Un paciente, desgraciadamente no analizado, se quejaba de dos tipos de impulsos obsesivos. Cada vez que veía una mujer, se sentía compelido a pensar: "podría matar a esta mujer", y cada vez que veía cuchillos o tijeras, pensaba: "podría cortarme el pene". El primero de estos dos impulsos había sido expresado originalmente en esta forma: "Podría matar a mi madre". Su extensión a otras mujeres ya era una deformación mediante la generalización. El paciente llevaba una vida solitaria y su único desahogo sexual consistía en sueños con polución, en que se veía estrangulando mujeres o matándolas de algún otro modo. De manera que su impulso de matar mujeres era una expresión deformada de su deseo incestuoso. Eliminando esta deformación, se puede afirmar que el paciente sufría de estos dos impulsos: el de atacar sexualmente a su madre y el de tronchar su propio pene. Ahora sus impulsos pueden ser entendidos como un síntoma de dos fases: la primera mitad representa la gratificación del deseo edípico, la otra mitad, el castigo que el paciente temía.

Síntomas ininteligibles se hacen inteligibles cuando se estudia su historia. La forma original en que aparecieron por primera vez es más cercana a su significado inconsciente. Un síntoma puede aludir a un acontecimiento perteneciente al pasado del paciente. Una alusión tal no puede ser entendida mientras no se conozca su contexto íntegro.

Un paciente sentía la compulsión, antes de ir a la cama, de pasarse un largo rato abriendo y cerrando la ventana. Este síntoma apareció por primera vez cuando, siendo un adolescente, peleaba con su compañero de pieza acerca de si la ventana debía permanecer abierta o cerrada. De modo que la ulterior compulsión significaba: "¿Quién de nosotros ganará? ¿Quién de los dos es el más fuerte?" Con esta fórmula como punto de partida, se hizo claro, en cierto momento, que el problema del paciente fue movilizado por la tentación homosexual que implicaba el compartir la habitación con su amigo. La verdadera cuestión era si debía competir con los hombres como hombre o acceder a sus deseos de una manera pasiva, sumisa, femenina. Éste resultó ser el conflicto en que arraigaba su neurosis obsesiva.

LA REGRESION EN LA NEUROSIS OBSESIVA

El ejemplo expuesto más arriba, sobre la expresión franca de los deseos edípicos, y en el que el paciente sintió los dos impulsos de matar mujeres y cortarse el pene, es típico en cuanto a la manera en que los deseos incestuosos son deformados en la neurosis obsesiva. El paciente habla de "matar" a la madre, cuando su idea, en realidad, es realizar un coito con ella. Los sueños sexuales del paciente eran evidentemente de naturaleza sádica. De manera que lo que allí actuaba no era simplemente una vinculación infantil con la madre, sino, específicamente, una deformación sádica de esta vinculación.

En las neurosis obsesivas se encuentran constantemente, ya sea tendencias a la crueldad, francas o encubiertas, ya formaciones reactivas contra las mismas. Con igual frecuencia encontramos —y en las formas más variadas— impulsos eróticoanales y defensas contra los mismos. Esta constante asociación de rasgos de crueldad y de erotismo anal, en las neurosis obsesivas, aspecto

sobre el cual fue Jones el primero en llamar la atención (879), fue lo que convenció a Freud de la estrecha relación entre estos dos tipos de fenómenos y de la existencia de una etapa "sádicoanal" de organización de la libido (581).

En la histeria, las ideas reprimidas permanecen inalteradas en el inconsciente, y desde allí continúan ejerciendo su influencia. En la medida en que el complejo de Edipo constituye también la base de los síntomas obsesivos, esto es válido también para la neurosis obsesiva. Pero aquí, junto al complejo de Edipo, actúan regularmente, y al mismo tiempo son combatidos, impulsos anales y sádicos muy poderosos, originados en el período precedente. La orientación instintiva sádicoanal del neurótico obsesivo es, por lo común, fácil de reconocer en el cuadro clínico, tan pronto como la atención es dirigida a este punto. Generalmente, y de manera ostensible, los neuróticos obsesivos se hallan preocupados por conflictos entre la agresividad y la sumisión, la crueldad y la bondad, suciedad y aseo, desorden y orden. Estos conflictos pueden hallar expresión en la apariencia externa y en la conducta manifiesta, en tanto que las preguntas referentes a la vida sexual provocan esta respuesta característica: "En cuanto a eso se refiere, todo está en orden". Las funciones fisiológicas parecen estar en orden porque se hallan aisladas de su contenido psicológico. La descarga fisiológica en la actividad sexual de los pacientes no es una descarga adecuada para la tensión sexual, la que hallamos realmente expresada en sus ideas sobre la crueldad o la suciedad. A veces la orientación sádicoanal se revela únicamente bajo la forma de formaciones reactivas, tales como una bondad sobrecompensatoria o un exagerado sentimiento de justicia o de aseo, o bien una incapacidad para cualquier clase de agresión o puntilliosidad en todo asunto relacionado con dinero. Las mezclas de formaciones reactivas y brotes directos de tendencias anales o sádicas pueden dar a la conducta del paciente un carácter contradictorio. Los pacientes son simultáneamente ordenados y desordenados, pulcros a la par que sucios, bondadosos y sin embargo, crueles.

Un paciente, que no fue analizado, se quejaba en la primera entrevista, de que sufría la compulsión de mirar constantemente hacia atrás, por el temor de haber pasado por alto alguna cosa importante detrás de sí. He aquí sus ideas predominantes: que podía haber dejado de ver una moneda caída en el suelo; que pudo haber lastimado un insecto, pisándolo; o que un insecto pudo haber caído sobre sus espaldas y necesitar su ayuda. El paciente tenía también miedo de tocar cualquier cosa, y cada vez que había tocado un objeto necesitaba convencerse de que no lo había destruido. Carecía de vocación, porque sus graves compulsiones le perturbaban en toda forma de trabajo. Tenía, sin embargo, una pasión: la limpieza doméstica. Le agradaba visitar a sus vecinos y limpiarles la casa, nada más que por gusto. Otro síntoma que tenía lo describió como una "conciencia de la indumentaria": constantemente se hallaba preocupado por el problema de si le sentaba o no el traje. Afirmaba también que la sexualidad no desempeñaba en su vida un papel de importancia. Realizaba el coito tan sólo dos o tres veces por año, y solamente con muchachas por las cuales no sentía ningún interés. Más adelante mencionó otro síntoma. Siendo niño su madre le producía una sensación de repugnancia, y tenía

un miedo terrible de tocarla. No había ningún motivo real para tal repugnancia, puesto que la madre había sido una persona simpática y estimada.

Este cuadro clínico pone de manifiesto la orientación sádicoanal de la vida sexual del paciente, y demuestra que la base de esta deformación era el miedo al incesto.

En el análisis, la orientación sádicoanal del neurótico obsesivo se hace, por supuesto, mucho más clara aún. Todos los neuróticos obsesivos, ha dicho Freud, tienen "rituales escatológicos secretos" (555), que en parte son juegos eróticoanales, en parte formaciones reactivas contra dichos juegos, y en parte ambas cosas a la vez. W. C. Menninger ha hecho un cotejo de las especies más típicas y frecuentes de rituales escatológicos (1143). Los pacientes están siempre en guardia contra tendencias anales inconscientes mezcladas de hostilidad, tales, por ejemplo, como el impulso de hacer "jugarretas sucias" a los camaradas. Freud puso de manifiesto, por ello, la semejanza entre la organización instintiva del neurótico obsesivo y la del niño en la fase sádicoanal del desarrollo. Esto parece contradecir la observación típica de que el neurótico obsesivo se halla empeñado en una lucha defensiva contra el complejo de Edipo, cuyo apogeo se estima que no es alcanzado antes del período fálico. Otra contradicción aparente reside en el hecho de que, a pesar del sadismo anal, muchas compulsiones se hallan íntimamente relacionadas con la masturbación genital.

La explicación de estas aparentes contradicciones debe ser buscada en el concepto de *regresión*. Se recibe la impresión de que los impulsos sádicoanales se han desarrollado a expensas de los primitivos impulsos edípicos fálicos; los impulsos edípicos genitales han ido perdiendo su vigor a medida que los impulsos sádicoanales se han ido fortaleciendo. En su intento de rechazar su complejo de Edipo, el paciente, ha regresado, en parte, a la etapa sádicoanal (567, 581, 596, 618).

El neurótico obsesivo no es, sin embargo, coprofilico. Dado que sus impulsos sádicoanales también son intolerables o bien porque el regreso a los mismos no ha dado por resultado la eliminación del elemento perjudicial del complejo de Edipo, el paciente se ve obligado a continuar su lucha defensiva contra los impulsos sádicoanales. La intercalación de la regresión hace que el cuadro de la neurosis obsesiva resulte más complicado que el de la histeria.

La teoría de Freud, de que la regresión a la etapa sádicoanal constituye la piedra angular en la estructuración de una neurosis obsesiva, puede explicar muchos hechos que de otra manera resultarían contradictorios.

El hecho de que los impulsos rechazados en la neurosis obsesiva se componen de tendencias edípicas fálicas e impulsos masturbatorios genitales, y al mismo tiempo, no obstante, son de naturaleza anal, resulta ahora comprensible. La defensa se dirige primeramente contra el complejo de Edipo fálico, sustituyéndolo con el sadismo anal. Luego la defensa continúa contra los impulsos anales.

El análisis puede, eventualmente, mostrar el proceso real de la regresión y demostrar que la neurosis obsesiva aparece después de esa regresión.

Una niña sufría un miedo obsesivo de que una serpiente surgiera del retrete para introducirse en su ano. En el curso del análisis resultó que este miedo había tenido un precursor: su primera angustia era el temor de que la serpiente estuviera en su cama. Para protegerla de la angustia fálica se había producido una regresión. La localización del temor se desplazó de la cama al retrete, de los genitales al ano.

Un muchacho que se hallaba aún en el período de latencia, era presa de una abrumadora ansiedad cada vez que tenía una erección. Manifestaba tener miedo de lastimarse el pene. Se hizo el hábito de masturbarse cada vez que tenía una erección, con el objeto de librarse de ésta, pero esto creó nuevas angustias. Más tarde, desarrolló el impulso de orinar y defecar con mucha frecuencia. Después de esto, hizo una neurosis obsesiva de carácter extensivo. Es evidente que al comienzo los impulsos genitales se afirmaban incesantemente, a despecho del amenazante temor a la castración, que después fueron reemplazados por tendencias pregenitales y que sólo después de la regresión al erotismo anal hizo su aparición la neurosis obsesiva.

Una prueba más indirecta, pero poco menos que experimental, de la regresión sádicoanal en la etiología de la neurosis obsesiva, es proporcionada por los raros casos en que una histeria que sigue a una renuncia a la genitalidad es reemplazada por una neurosis obsesiva. Freud observó este proceso en una mujer que, debido a circunstancias externas, dejó de conceder todo valor a su vida sexual genital (581). Con frecuencia puede observarse una cosa similar a esto después del climaterio, donde se ha producido una regresión debida a factores orgánicos.

La presencia de una regresión puede quedar demostrada también por aquellos casos en que ésta ha fallado en sus propósitos defensivos. A pesar del desplazamiento del interés hacia la región anal, el paciente no consigue evitar, en tales casos, el temor a la castración. Crea, en cambio, lo que podría llamarse un temor a la castración anal. Un paciente que es compulsivo en otros aspectos puede volverse incapaz de defecar, salvo en porciones pequeñas y amorfas, tratando de evitar, con ello, el peligro de "perder un órgano". El material de que se ocupó Freud bajo el rótulo de la igualdad simbólica *heces = pene* (563, 593) debe su origen, en parte, a esta regresión.

El análisis demuestra que algunos de los temores típicos en niños y en neuróticos obsesivos, relacionados con el retrete, tales como el de caer dentro del boquete del retrete, o del inodoro, o de ser comido por algún monstruo surgido de allí, o bien el temor racionalizado de contraer allí una infección, se refieren a la angustia de castración. Son deformaciones regresivas del miedo a la castración. Un niño, cuyos diversos temores pudieron ser referidos a un episodio del pasado en que había sentido terror al ver que habían desaparecido sus heces, expresó el temor de que su pene desapareciera de igual manera.

Del mismo modo que en los temores orales, el hecho de que los temores anales encubren angustias de castración, no contradice el carácter autónomo de los temores pregenitales. Esta deformación de la angustia de castración es *regresiva* y es producida por una reavivación de la vieja angustia pregenital acerca de la pérdida de las heces. Es a menudo muy difícil determinar, en una angustia anal, qué parte representa un vestigio de la primitiva angustia pregenital, vestigio que ha conferido, quizás, a la angustia de castración, cierta cualidad desde el mismo comienzo de ésta (las experiencias pregenitales de separación, con respecto al pecho y a las materias

fecales, son precursores arcaicos de la idea de castración) (36, 1466), y qué parte corresponde a la angustia de castración regresivamente deformada.

Constituye una fuente constante de sorpresas el encontrar, luego que el análisis ha descubierto todo un universo sádicoanal que se retrotrae hasta los primeros años de la infancia, que aparecen recuerdos completamente reprimidos, pertenecientes a un período aun anterior, de orientación puramente fálica, y que la angustia de castración había hecho trizas. Es importante no dejarse arrastrar a la errónea suposición de que los recuerdos de aparición reciente relacionados con impulsos sádicoanales son recuerdos de la época de la primitiva organización sádicoanal. Muy a menudo no son de carácter primitivo sino regresivo; son posteriores al complejo de Edipo fálico, y la primitiva organización pregenital debe ser situada en una época aún más primitiva.

El material clínico en que las ideas y los modos de conducta propios del nivel genital se encuentran mezclados con material sádicoanal es abundante. Algunos neuróticos obsesivos, por ejemplo, perciben la sexualidad solamente en términos anales, como si se tratara de un asunto de cuarto de baño. Otros miran el sexo como un asunto financiero —lo cual puede expresarse, por ejemplo, en fantasías de prostitución— o como asunto de propiedad. Un hombre puede mostrar un verdadero empeño en retener el semen, durante el coito, el mayor tiempo posible, a veces con la idea de acrecentar el placer preliminar, otras veces con la idea de “conservar” el semen, y otras, racionalizándolo como una consideración hacia los sentimientos de la mujer. El análisis demuestra que está haciendo con el semen lo que antes había hecho con las heces. Y hay todavía otros casos en que la deformación sádica de toda la vida sexual se halla más en primer plano que la anal. Para algunos neuróticos obsesivos el coito significa inconscientemente una lucha en que un vencedor castra a una víctima. Los pacientes masculinos de este género pueden no tener más interés en el sexo que el de lograr una reaseguradora comprobación de que no son ellos la víctima (parece ser que no logran nunca una seguridad completa). Las mujeres, en este caso, pueden crear anhelos de mirar genitales masculinos, o de tocarlos, lo cual representa una expresión oculta de deseos destructivos.

El efecto inmediato de la regresión es doble. El acrecentado sadismo se combina con la hostilidad edípica dirigida al progenitor del mismo sexo e impone nuevas tareas defensivas al yo, y el erotismo anal emergente produce un cambio en los objetivos sexuales, y de este modo, en la conducta de la persona.

El erotismo anal, ya lo hemos dicho, es siempre de naturaleza bisexual, por cuanto el ano es simultáneamente un órgano excretor activo y un orificio pasible de ser estimulado por un objeto que penetra en él (véase pág. 86). La vacilación entre la actitud masculina primitiva —reforzada y exagerada ahora por la integrante sádicoactiva del erotismo anal— y la actitud femenina representada por la integrante pasiva del erotismo anal (163), constituye el conflicto más típico en el inconsciente del neurótico

obsesivo (varón). La actitud edípica fálica está inhibida por la idea de que la gratificación significa la pérdida del pene. La regresión impone una actitud femenina, pero no destruye del todo la actitud masculina original.

La insistencia simultánea, dentro de la educación moderna, en los ideales contradictorios de independencia y sumisión, acentúa el conflicto entre las tendencias activo-masculina y pasivo-femenina, en los neuróticos obsesivos. Este conflicto puede tomar diversas formas. Puede darse un especial empeño en una actitud activa superficial como formación reactiva contra una actitud pasiva más profunda, o viceversa. Una actitud pasiva real puede, de muchas maneras, ser racionalizada como actitud activa. Un compromiso normal de esta índole es el amor de identificación del niño hacia su padre. Mediante un transitorio comportamiento femenino con respecto a él, recibe la promesa de una futura participación en su masculinidad. Esta “psicología del aprendiz”, pasiva con el maestro con el propósito de convertirse él mismo, más tarde, en maestro, está expuesta a diversas deformaciones patológicas.

El fin de los deseos femeninos del neurótico obsesivo (varón) no es, por supuesto, el de ser castrado. Es más bien el deseo de algo a ser colocado o retenido en su cuerpo. La idea de que este deseo no constituye tampoco una protección eficaz contra la castración, que la castración puede incluso ser un prerrequisito de la gratificación del mismo, causa la más intensa angustia, y ésta a su vez da motivo a una nueva defensa. Ésta era la situación en el caso del “hombre de los lobos” que reprimió su complejo de Edipo invertido, a causa de la angustia de castración. Su temor de ser comido por el lobo expresaba al mismo tiempo sus deseos femeninos hacia el padre y la angustia de castración vinculada a los mismos (599).

De esta manera, toda gratificación sexual puede quedar unida tan sólidamente a ideas temibles de castración, que finalmente lo uno resulta inconcebible sin lo otro. A menudo el paciente se comporta como si inconscientemente buscara la castración, pero lo que en realidad está buscando es algo que ponga fin a la angustia que imposibilita el placer. La “castración” realmente buscada es o bien solamente un símbolo de castración —un mal menor que el paciente está dispuesto a sufrir para evitar la castración completa— o es una anticipación activa de lo que, de otro modo, habría de soportar pasivamente. Frecuentemente, después de llevar a cabo cierta actividad que simboliza la castración, el paciente realiza un ritual que ocupa el lugar de una “anulación” de lo realizado.

Lo mismo que la bisexualidad, la ambivalencia es característica de un erotismo anal incrementado. Una acentuada ambivalencia de las relaciones objetales es típica de las etapas pregenitales del desarrollo libidinoso. Reaparece cuando de nuevo cede la organización genital. Por cuanto la fijación anal es condición de la regresión anal, las dos cualidades que a ella se asocian, la bisexualidad y la ambivalencia, pueden considerarse requisito previo de la regresión. Pero en cuanto la regresión intensifica y convierte en permanente la orientación sádicoanal, la bisexualidad y la ambivalencia, siendo como son atributos de esta orientación, son un resultado de la regresión.

En la historia de conversión con síntomas intestinales, la regresión anal se limita a la elección del castigado órgano que es utilizado para la expresión de fantasías genitales. No sucede así en la neurosis obsesiva. Aquí tiene lugar un regreso total al mundo de los deseos y actitudes eróticoanales, produciendo un cambio en toda la conducta. A menudo se ve volver, en los neuróticos obsesivos, incluso la orientación olfativa característica en los niños eróticoanales, y que normalmente se pierde en los adultos (202). Frecuentemente la regresión trae también a primer plano una cantidad mayor o menor de rasgos narcisistas, pudiendo verse cómo la acentuada bisexualidad da ocasión a fantasías autoeróticas de realizar el coito consigo mismo. Entre las neurosis obsesivas y las psicosis maniaco-depresivas o las esquizofrenias, existen estados de transición.

DIGRESION SOBRE EL CARACTER ANAL

Freud descubrió que ciertos rasgos de carácter predominan en personas cuya vida instintiva tiene una orientación anal (563). Estos rasgos son, en parte, formaciones reactivas contra actividades eróticoanales y en parte sublimaciones de las mismas. Los principales rasgos de esta índole son el sentido del orden, la frugalidad y la obstinación. De hecho, las personas que se enferman de neurosis obsesiva manifiestan, por regla general, una intensificación de estas tendencias. Debemos, por eso, ocuparnos de ellas aquí.

El proceso de aprendizaje de los hábitos higiénicos, en la infancia, tiene gran importancia en el desarrollo de la relación entre el yo del niño y sus impulsos instintivos. Este aprendizaje representa la primera situación en que el niño puede aprender o no a postergar o renunciar a una gratificación instintiva directa por consideración a las personas que lo rodean. El niño adquiere, en esta ocasión, el control activo de exigencias instintivas de carácter decisivo, pero simultáneamente el hasta aquí "omnipotente" adulto entra en una situación de dependencia, hasta cierto punto, de la voluntad del niño.

Los rasgos caracterológicos anales originados en los conflictos que surgen alrededor de este aprendizaje tienen, en parte, un carácter de resistencia ofrecida por el instinto a las exigencias del ambiente, en parte, de obediencia a las mismas, y en gran parte constituyen compromisos entre estas dos tendencias (21, 194, 883, 1143).

La frugalidad es una prolongación del hábito anal de retención, unas veces motivado más por un temor a la pérdida y otras más por un placer erógeno. El sentido del orden y la obstinación son más complicados. El sentido del orden es una elaboración de la obediencia a las exigencias del medio ambiente respecto a las funciones excretoras, y la obstinación lo es de la rebelión contra las mismas exigencias. En ciertas circunstancias (constitucionales o ambientales) la obstinación puede ser tan extremada que la persona se siente siempre compelida a hacer lo contrario de lo que se le pida.

Un paciente neurótico obsesivo acostumbraba dormir de día y permanecer despierto durante toda la noche, porque "no veía el motivo" por el cual debía obedecer al hábito común. Esta obstinación, sin embargo, era una especie de "racionalización" de una dificultad neurótica debida al estancamiento de la libido del paciente.

La palabra obstinación (*ob-stinare*) expresa por sí misma la idea de "mantener la posición propia a despecho de alguien". Originariamente la terquedad significaba solamente resistencia, mantener la voluntad propia contra la de otro; más tarde significó mantener la voluntad propia contra fuerzas enemigas superiores, y más tarde aún (puesto que esas fuerzas enemigas son superiores), salirse con la suya de manera indirecta, no por la fuerza sino por el engaño, que es el modo en que el débil puede inesperadamente ser fuerte. La terquedad es un tipo pasivo de agresividad, desarrollado allí donde la actitud resulta imposible. Esto ocurre por primera vez en la vida de un niño cuando éste está en condiciones de desafiar el empeño de los mayores mediante la constricción de sus esfínteres. Más tarde todavía, el "poder del impotente" puede no ser de carácter real, sino mágico, y luego la superioridad "mágica" puede ser reemplazada por una especie de superioridad "moral". La aparición del factor moral en esta situación nos muestra que el superyó desempeña un papel decisivo en el desarrollo ulterior de la terquedad. Los mismos recursos usados por el niño para resistir las fuerzas superiores de sus educadores puede aplicarlos más tarde en la lucha contra su propio superyó. Lo que habitualmente se llama terquedad en la conducta de las personas adultas, es un intento de usar otras personas como instrumentos en la lucha contra el superyó. Provocando la injusticia de los demás, el terco se esfuerza por lograr un sentimiento de superioridad moral, que necesita para acrecentar su autoestima, a objeto de contrarrestar la presión del superyó (1202).

El sentimiento de superioridad moral puede lograrse ya sea mediante el mismo sentimiento de ser tratado injustamente o bien haciendo que el "injusto" adulto se sienta apenado más tarde, con lo cual podrá forzar su afecto.

En otras palabras, la terquedad, que inicialmente fue el método de lucha del débil, se convierte más tarde en el método habitual de combate en la lucha por mantener o restaurar la autoestima. Las personas tercas se hallan llenas de necesidades narcisísticas, cuya satisfacción es requerida para contradecir cierta angustia o sentimiento de culpa. De ahí debe deducirse que la terquedad tiene también una base oral. Sin embargo, se halla decisivamente anclado en la etapa anal y se desarrolla a través de experiencias vividas durante el período de aprendizaje de los hábitos higiénicos. Las personas que tienen el temor de ser atrapadas, ser objeto de abuso y verse burladas en cuanto a los suministros narcisísticos, se comprende que se hallan más propensas a hacerse tercas. A menudo la tendencia a mantener abierta una puerta de escape da origen a una conducta de terquedad (444).

Se ha objetado que, si bien la terquedad puede ser adquirida en los conflictos sociales que surgen entre el niño y su contorno durante el apren-

dizaje de los hábitos higiénicos, esto no significa necesariamente que la obstinación sea de naturaleza anal (921, 1022). Este argumento no toma en cuenta los descubrimientos del psicoanálisis, que demuestran que las fuerzas que se oponen a los instintos son estructuradas mediante la energía de las mismas fuerzas instintivas, las que, bajo la influencia del ambiente, han cambiado de dirección. El psicoanálisis de personas tercas proporciona pruebas abundantes de que la terquedad está unida a sensaciones anales y proporciona un placer erógeno-anal (17, 21, 555, 563, 567, 593, 878, 1202, 1634).

El sentido del orden, como rasgo de carácter, es una elaboración de la obediencia. Aseo, puntualidad, minuciosidad, corrección, todo esto representa un desplazamiento del acatamiento de las exigencias ambientales en lo que se refiere a la defecación. Los rasgos de carácter anales que significan obediencia revelan ser, en los neuróticos obsesivos, formaciones reactivas. El modo opuesto, básico, de conducta irrumpe o se filtra a través de ellas con toda prontitud. Es precisamente el prototipo de la puntualidad quien en muchas ocasiones resulta sorprendentemente impuntual, y la persona más aseada es, en algún curioso aspecto, asombrosamente sucia. Abraham dio a conocer numerosos puntos de anclaje en el carácter como éstos, traducidos en una perpetua lucha con la contracatexis: por ejemplo, personas que son escrupulosamente pulcras en su vestimenta externa y en el mismo extremo desaseadas en cuanto a su ropa interior; otras que mantienen todo lo que les pertenece en un estado muy desordenado, pero que necesitan, de vez en cuando, arreglarlo todo. Esta práctica corresponde al hábito autoerótico de retener las heces por un largo rato y luego "saldar todo de una vez" (21).

Ciertos rasgos anales de carácter representan una diversión del instinto, operada por el yo, ya sea hacia un nuevo fin o hacia un nuevo objeto. Esto, cuando tiene éxito, puede decirse que es una sublimación. En los neuróticos obsesivos no sucede tal cosa, y la actividad "desplazada" se transforma en un escenario de luchas defensivas alrededor de la frugalidad, la terquedad y el afán de orden igual al que representaron los primitivos impulsos anales. Hay desplazamientos del interés en los productos de la defecación, y desplazamientos del interés en el proceso de la misma.

Respecto a los primeros, Freud mostró que los sustitutos tienen una relación muy compleja con el original (593). Las vinculaciones del concepto de heces con las ideas, más genitales, de pene y niño, son de menos importancia para la psicología de los neuróticos obsesivos que las vinculaciones con las ideas de regalo, dinero y tiempo.

Para entender la relación entre heces y dinero, que existe en todo neurótico obsesivo, es necesario haber logrado primero una comprensión del significado psicológico del concepto de propiedad (21). El niño aprende a distinguir entre yo y no-yo, pero a costa de un proceso largo y complicado. En el curso del mismo, el niño pasa por la etapa que Freud denominó yo de placer puro (588): "todo lo que proporciona placer es percibido como yo, todo lo que produce dolor es no-yo. La idea en que originariamente se basa esta clasificación es la siguiente: "Todo lo que es placentero me gustaría

ponerlo en la boca y tragarlo; todo lo que produce dolor me gustaría escupirlo" (616). Pero hay cosas placenteras que no pueden ser colocadas dentro de la boca. Estas cosas, tarde o temprano, son llamadas "mías", y esto quiere decir: "Me gustaría ponerlas dentro de la boca, pero no lo puedo hacer; las declaro 'simbólicamente-puestas-dentro-de-mi-boca'." Cuando el niño se da cuenta de que pierde sus heces, que para él representan una sustancia muy preciosa, una parte de su propio cuerpo, siente que "esto es algo que debería estar en mi cuerpo, pero ahora está afuera, y no puedo ponerlo de vuelta". Lo llama "mío", también, lo cual significa: "Me gustaría tenerlo dentro de mi cuerpo, pero eso es imposible; de modo que lo declaro 'simbólicamente-puesto-dentro-de-mi-cuerpo'." "Propiedad", significa, por lo tanto, "cosas que de hecho no pertenecen al yo, pero debieran pertenecer; cosas que de hecho están afuera pero simbólicamente adentro". Aun cuando se hallan en el mundo exterior, son revestidos de catexis con "cualidad de yo". Por lo general, los bienes poseídos cuentan con atributos destinados a su identificación: "El azul me pertenece a mí". Sin embargo, esto no es fácil de hacer con las heces, que tienen el mismo aspecto en todos los seres humanos. Más tarde, el niño aprende que existe el "dinero", algo que los mayores estiman como objeto de posesión, pero que no es "azul", sino que conserva siempre el mismo aspecto, no importa a quien pertenezca. Lo que el dinero y las heces tienen de común entre sí es el hecho de ser bienes no individualizados. Y no individualizados significa, forzosamente, factibles de perder. De esta manera el dinero, como antes las heces, es estimado y vigilado como un bien que se halla constantemente en peligro de perder su cualidad de yo. A pesar de su elevada valoración, ambas sustancias son miradas con desprecio, a causa de su naturaleza desindividualizada, monótona, inespecífica. En realidad, las personas realmente erótico-anales que aman el dinero, aman un dinero que *no* es desindividualizado. Aman el oro y las monedas brillantes o los billetes nuevos, dinero que aún tiene un carácter "azul", individualizado. Ferenczi, al estudiar las vías de desplazamiento que han conducido de las heces al dinero, señaló que las cosas brillantes y las piedras gustan más tempranamente que la arena incolora, y en un determinado momento el dinero es aceptado como sustituto (466). Cuando esta vía de "sublimación" es perturbada a causa de que los antiguos deseos instintivos respecto a las heces aún determinan la actitud hacia el dinero, las actitudes frente al dinero se hacen irracionales. El dinero se convierte entonces en un objeto de placer (o de castigo), es decir, un sustituto de las heces antes que una cosa objetivamente útil. Puede ser irracionalmente retenido o irracionalmente derrochado (15) o bien las dos conductas opuestas se combinan de diversas maneras (480).

Las personalidades anales se hallan tan perturbadas en su actitud frente al tiempo como en cuanto al dinero: también con respecto al tiempo pueden ser tacaños o pródigos, o ambas cosas alternativamente; pueden ser puntuales o impuntuales; pueden ser a veces exactos hasta una fracción de minuto, y otras veces crasamente irresponsables.

La afirmación de Abraham de que "los pacientes a veces ahorran tiempo en pequeñas cantidades y lo derrochan en cantidades grandes" (21) fue claramente ejemplificada en un caso observado por Garma. El paciente era un hombre que no tenía ocupaciones y empleaba el tiempo en actividades neuróticas y sueños diurnos que se prolongaban durante horas enteras. Cada vez que quería salir de su casa, abría una ventana para esperar la llegada del tren que llevaba del suburbio al centro de la ciudad. Cuando oía el tren, llamaba a la sirvienta, quien abría la puerta, con el sobretodo ya preparado para él. El paciente se apoderaba del sobretodo, bajaba apresuradamente la escalera y corría hacia la estación atravesando la calle, para tomar el tren exactamente cuando éste partía. Todo este procedimiento era una simple repetición de su hábito infantil de esperar hasta el último momento para ir al cuarto de baño.

En las neurosis obsesivas la represión ha transformado la relación del paciente con el tiempo, como su relación con el dinero; en un campo de batalla donde se dirimen sus conflictos instintivos. A veces se toma un camino falso al buscar conflictos libidinosos-objetales en la conducta irracional, compulsiva, con respecto al tiempo. Esta conducta puede representar, en gran medida, una forma de autoerotismo. Algunos neuróticos obsesivos llegan tarde no porque quieren irritar a la persona que los está esperando, sino porque la suspensión de la actividad les proporciona la misma tensión autoerótica y el mismo placer de que disfrutaban cuando niños al retener las heces.

La reconstrucción de la relación genética entre tiempo y heces no es tan fácil como entre dinero y heces. Harnik ha cotejado una buena cantidad de datos antropológicos que demuestran que la percepción del fluir del tiempo, especialmente la habilidad para medir el tiempo, tiene hondas raíces inconscientes en el erotismo anal (738). Con qué frecuencia se debe defecar, con qué intervalos debe hacerse, cuánto tiempo deberá tomar el proceso mismo, por cuánto tiempo se puede postergar, con buen resultado, la defecación, y así sucesivamente, son las situaciones en las que el niño adquiere las ideas de orden y desorden con respecto al tiempo, y las de medición del tiempo en general.

Estas observaciones no se proponen significar que el concepto de tiempo surge exclusivamente de las experiencias eróticoanales. Un papel mucho más básico, en este aspecto, es desempeñado por las sensaciones cenestésicas que transmiten ritmos biológicos internos (respiración, pulso) (172, 1455). Las experiencias anales son más importantes para la medición del tiempo y para la confección de horarios con el propósito de controlar la realidad (738, 1193). Las perturbaciones neuróticas en lo que se refiere a sentir subjetivamente el curso del tiempo se producen con más frecuencia, efectivamente, en los casos de conflictos inconscientes acerca del erotismo de la sensibilidad profunda y el equilibrio, mientras que las perturbaciones neuróticas en el uso práctico del tiempo y como "sistemas de tiempo" como protección contra sucesos imprevisibles, son más características en las neurosis obsesivas típicas con conflictos inconscientes sádicoanales (338, 1385).

A menudo se encuentra la actitud infantil hacia las heces trasladada a la actitud posterior hacia las propias realizaciones. Una persona puede

sentir una satisfecha autoadmiraación hacia lo que ha hecho, como puede hallarse descontenta con todas sus realizaciones, o vacilar indecisa entre estos dos extremos, de acuerdo con el resultado de sus conflictos instintivo-anales.

La tendencia hacia una despiadada autocrítica, en una paciente, reveló tener su origen en el tercer año de vida, cuando se hallaba afligida por una enfermedad intestinal que la hizo incontinente cuando ya había hecho el aprendizaje de los hábitos higiénicos. Desde entonces en adelante tenía la convicción de que nada podría producir en forma correcta. Otra paciente, escritora, soñaba que las galeradas de su libro eran exprimidas a través de una estrecha abertura.

La retención anal, que contiene siempre los dos componentes, el temor a la pérdida y el goce de un nuevo placer erógeno, puede también ser desplazado hacia otro objeto. La codicia y la manía de coleccionar, lo mismo que la prodigalidad, tienen sus causas correspondientes en la actitud infantil hacia las heces.

Así como las sublimaciones relacionadas con el producto de la defecación pueden fallar allí donde persiste el erotismo anal, también pueden fallar las sublimaciones relacionadas con la función. Si en lugar de sublimaciones, lo que actúa son formaciones reactivas, puede verse cómo la pintura, pongamos por caso, ha retenido el significado inconsciente anal de embardurnar, lo cual conduce ya sea al fracaso de la persona como artista o bien —si el yo, reconociendo el impulso prohibido, interpone una protesta—, a una inhibición de la aptitud para pintar. El desplazamiento de las catexis de la defecación al lenguaje y a las actividades del pensamiento, se delata a veces en los modos inconscientes de retener y expeler las palabras y los pensamientos. Esto puede verse en las inhibiciones de estas funciones, así como también en las sobrecatexis irracionales de las mismas.

Agregado a esto, la conducta de las personalidades anales está impregnada de manifestaciones de un sadismo que siempre existe en estos casos, o de formaciones reactivas contra el sadismo. El hecho de que el niño, en la retención, halla una satisfacción narcisista en la capacidad de controlar los esfínteres, constituye también un punto de partida de sublimaciones o de formaciones reactivas. Un fuerte deseo de poder puede derivar del sentimiento de poder que acompaña al control de los esfínteres. El poder deseado puede ser obtenido en el control de sí mismo o el de otras personas, y el ansia de este poder está determinado, en general, por el temor a la pérdida de la autoestima.

Muchos otros conflictos, relacionados en un tiempo con el erotismo anal, pueden ser reactivados en los neuróticos obsesivos. La renuncia al placer por consideración a los objetos, ya sea por amor o por temor a los mismos, es el logro principal del aprendizaje de los hábitos higiénicos. El individuo aprende a dar, siendo que durante el período oral su principal interés era recibir. Las perturbaciones producidas durante este período producen, por ello, perturbaciones ulteriores en relación con los objetos, en forma tal que todo equilibrio entre dar y tomar resulta imposible.

La clásica descripción de Abraham (21) atribuyó también, a los con-

flictos acerca del erotismo anal, cierto número de rasgos menos fundamentales: por ejemplo, la tendencia a mirar todo "desde atrás" (que es la base de muchos síntomas compulsivos); el temor de "empezar", que hace postergar el mayor tiempo posible el comienzo de toda nueva actividad, si bien, una vez empezada ésta, resulta difícil la interrupción; la tendencia a hacer que los demás lo hagan todo por uno —¡piénsese en lo que significan los enemas para la analidad infantil!—, y la tendencia a decirlo todo por sí mismo (no olvidemos las protestas infantiles contra las exigencias de regularidad anal), o la tendencia a hacer muchas cosas a un mismo tiempo, con el propósito de "ahorrar tiempo" —basada en juegos neuróticos practicados durante la defecación—, y prolongada muchas veces en la compulsión de leer mientras se está en el retrete, lo cual tiene el significado de recupear material cuando otro material se está perdiendo.

Esta descripción de rasgos anales de carácter se extiende más allá del terreno de la neurosis obsesiva, y tendremos que volver a ella cuando nos ocupemos de las anomalías del carácter (véase págs. 544 y sig.). Pero para el neurótico obsesivo típico, estos rasgos son característicos. Ningún neurótico obsesivo es capaz de manejar racionalmente el dinero y el tiempo, aun cuando las dificultades que se manifiestan pueden variar ampliamente en naturaleza e intensidad.

SISTEMAS COMPULSIVOS

El "sentido del orden", que en el primitivo período erótico-anal fue una medida protectora contra peligrosas exigencias instintivas, recobra esta función de protección en una neurosis obsesiva ulterior. El neurótico obsesivo, que se encuentra ante la amenaza de una rebelión de sus exigencias sensuales y hostiles (regresivamente deformadas) se siente protegido mientras se comporte de una manera "ordenada", especialmente en lo que se refiere a dinero y tiempo. Los impulsos inconscientes sádicoanales, sin embargo, perturban comúnmente el afán de orden y el apego a un "sistema". Reaparecen bajo la forma de desorden o de hechos que perturban el sistema, o bien pueden incluso infiltrarse en el mismo síndrome de "orden". Lucille Dooley, en un interesante artículo, reunió material concerniente al sentido del orden y sistemas en relación con el tiempo, de neuróticos obsesivos aferrados a los mismos, y para quienes toda perturbación de la "rutina" significaba inconscientemente asesinato e incesto (338). Muchos neuróticos obsesivos tienen un interés exagerado en toda clase de horarios. Incluso pueden regular toda su vida de acuerdo con horarios sistematizados. Mientras funcione el horario como regulador de sus actividades, tienen la seguridad de no estar cometiendo los pecados que inconscientemente temen, y mientras saben de antemano, en todo momento, lo que harán inmediatamente después, están en condiciones de superar el miedo de que su propia excitación pueda inducirles a hacer cosas que les inspiran temor.

La "orientación en el tiempo" es una medida típica de reaseguramiento. Más de un temor a la muerte significa el temor a un estado en que pierden su validez los conceptos usuales del tiempo. Muchos neuróticos obsesivos temen las situaciones en que la orientación en el tiempo se hace más difícil, así las oscuras y largas noches de invierno o aun los largos días de verano. Los temores de esta índole, sin embargo, pueden tener su raíz simplemente en el hecho de que ciertos acontecimientos atemorizantes de la infancia hayan ocurrido precisamente a la hora del día que luego es temida (599).

El hecho mismo de la compulsión es usado como una protección de esta índole: asegura contra la amenaza de una peligrosa espontaneidad. Todo lo que se hace de manera compulsiva se hace como rutina, de acuerdo con un plan preestablecido, del cual se supone que han sido suprimidos los impulsos censurables. Nada puede marchar mal mientras las reglas son cumplidas. El neurótico obsesivo siente, sin embargo, que a pesar de todo tiene instintos. No logra alcanzar nunca el sentimiento satisfactorio de que realmente está siguiendo las reglas, de que hay bastantes reglas para controlar todas las posibilidades y que conoce suficientemente todas las reglas.

Esto se hace más complicado cuando se necesita de otras personas como "testigos" de la validez de las exigencias compulsivas de orden y sistema. El paciente no solamente se siente compelido a guardar él mismo un orden sistemático, sino que pretende también de otras personas la aceptación del mismo sistema. Los demás, por lo general, se niegan a someterse a su sistema. Esto hace aumentar su hostilidad y le hace intentar diversos recursos para obligar a los que lo rodean a proceder como él quiere; se asusta de la hostilidad expresada en estos intentos, y este miedo, a su vez, aumenta su necesidad de sistema, dando principio así a un círculo vicioso. Las cosas se complican aún más cuando el sistema de un neurótico obsesivo choca de este modo con los sistemas de otros neuróticos obsesivos. Y dado que la neurosis obsesiva tiene su base en un erotismo anal intensificado, que a su vez se halla determinado en parte por factores constitucionales, frecuentemente se dan en una misma familia varios casos de neurosis obsesiva. Esto puede dar lugar a graves contrariedades de familia.

Hay un "pendant" neurótico obsesivo de la pseudología histérica (437). Algunos pacientes encuentran compatibles ciertas burdas falsificaciones de los hechos con su obsesiva escrupulosidad y exactitud, y hasta con un fanatismo obsesivo por la verdad. En consonancia con su tendencia al "desplazamiento sobre un pequeño detalle", frecuentemente las falsificaciones sólo afectan a detalles sin importancia. Las pequeñas modificaciones efectivas ocupan el lugar de otras deseadas modificaciones más importantes de la verdad, y estas modificaciones más importantes sirven a un propósito de forzar al mundo a ingresar dentro de un determinado sistema. Los hechos se suponen, para el caso, no como son en realidad, sino tal como el sistema obsesivo exige que sean. La falsificación expresa también la tendencia a imponer a otros el mismo sistema: "Usted no tiene que ver los hechos con sus propios ojos, sino tal como yo le muestro que son". Una violencia de esta índole, usada contra el prójimo, puede satisfacer el sadismo y la obstinación anal del neurótico obsesivo. Pero el objetivo principal de tal conducta es más específico. Freud comparó cierta vez los recuerdos espontáneos de la primera

infancia con la creación de mitos en que los hechos históricos son falsificados de acuerdo con ciertos deseos (596). En los intentos compulsivos de obligar a los "testigos" a aceptar determinados sistemas obsesivos, a menudo puede observarse directamente la creación de tales mitos.

El apego de los pacientes a sus sistemas no significa, de ningún modo, que sean capaces de cumplirlos. Una vez más, lo que ha sido rechazado invade los métodos de rechazo. Los pacientes pueden llegar a sentir, cada vez más, que los sistemas que desearían imponer al mundo han sido violados. A esto pueden reaccionar con intentos de aumentar la rigidez de tales sistemas, pero no tienen nunca la seguridad de que las exigencias del sistema son íntegramente cumplidas. Estas exigencias, por lo común, procuran el aislamiento de cosas que representan tendencias inconscientes que originariamente deben ir unidas. Los pacientes, por eso, ven una estricta alternativa ("esto o aquello") donde de hecho rige una relación de coexistencia ("al mismo tiempo que").

Un neurótico obsesivo que jugaba al ajedrez, se ocupaba durante horas enteras con el problema obsesivo de si debía emplear más "estrategia" o más "táctica". Pensaba en esto en un sentido abstracto, sin referirse de ningún modo a una situación concreta. Su concepto de "esto o aquello" le hacía perder todas sus partidas. La duda se basaba en la duda inconsciente sobre si debía derrotar a su adversario o dejarse derrotar por él, lo cual significaba si debía adoptar una actitud masculina o femenina.

Afin a éste es el fenómeno que Graber designó con el nombre de "afán neurótico de clasificación" * (710). Los neuróticos obsesivos tienen la tendencia a hacer falsas generalizaciones, a clasificar apresuradamente todas las ideas en ciertas categorías que se excluyen mutuamente, y caer luego en un estado de duda sobre la naturaleza y la valoración de las categorías. "Yo ya sé a qué categoría pertenece tal o cual fenómeno" significa generalmente: "No tengo por qué tenerle miedo como una posible tentación o un posible castigo". Cuanto más sorpresivo es un acontecimiento, tanto más peligroso es. La "tipificación" se propone evitar la posibilidad de sorpresas y hacer pasar falsamente los acontecimientos nuevos por cosas "ya conocidas".

Ordenar lo desconocido de acuerdo con categorías conocidas, es la tarea de la ciencia. La sistematización compulsiva, realizada no con el propósito de controlar la realidad, sino con el de negar ciertos aspectos de ella, falsificándola, es una caricatura de la ciencia (618).

El neurótico obsesivo es ambivalente, y lo es incluso frente a sus propios sistemas y reglas. Cuando toma partido contra sus impulsos instintivos peligrosos, necesita protegerse con sistemas y reglas. Cuando se vuelve contra su superyó, se vuelve también contra sistemas y reglas impuestos por

* *Neurotic typing*, en inglés (*neurotische Typisierung*, en alemán). (T.)

el superyó. Puede rebelarse abiertamente contra ellos o ridiculizarlos mediante la reducción al absurdo (567).

OTROS MECANISMOS DE DEFENSA EN LA NEUROSIS OBSESIVA

La alteración del carácter típica de la neurosis obsesiva no siempre se debe directamente a la regresión. Es causada también por el uso de otros mecanismos de defensa después de la regresión, como ser la formación reactiva, el aislamiento y la anulación. El uso de estos mecanismos, es cierto, depende también de la regresión patognomónica, ya que la formación reactiva, el aislamiento y la anulación se aplican mucho más a las pulsiones pregenitales, mientras que la represión propiamente dicha se refiere más a la genitalidad.

Las formaciones reactivas arraigan y quedan profundamente enclavadas dentro de la personalidad de todo neurótico obsesivo. Trabado en lucha contra sus hostilidades inconscientes, el neurótico obsesivo tiende a ser una persona amable en toda su vida de relación, y de una manera general. Esto puede acarrear una gran satisfacción narcisística, lo cual crea una desdichada dificultad para el tratamiento psicoanalítico.

Sin embargo, aun las formaciones reactivas consolidadas raramente tienen éxito. El paciente tiene su mente ocupada por una perpetua lucha entre la formación reactiva y el impulso original, aún efectivo.

En cuanto al aislamiento y la anulación, su aparición en los síntomas compulsivos ha sido descrita anteriormente.

Podemos agregar algunos otros ejemplos típicos de aislamiento. Un paciente que padecía dudas obsesivas, encontraba grandes dificultades en aceptar los procedimientos psicoanalíticos, y protestaba vivamente contra la regla básica de la asociación libre. Resultó que hacía esto porque trataba de mantener en secreto la existencia de cierta amiga, no porque no quisiera hablar de ningún modo de esto, ni tampoco porque no quisiera exponer a esta persona en particular, sino porque en su análisis había hablado de masturbación, y quería mantener la imagen de ella aislada de todo lo que tuviera que ver con masturbación. Tenía la sensación de que se sentiría capaz de hablar de ella siempre que tuviera la seguridad de que no habría de pensar en la masturbación durante la misma sesión. Más adelante se aclaró, en el análisis, hasta qué punto era infructuoso este aislamiento. Un síntoma compulsivo que el paciente miraba con la mayor ansiedad, y que con el mayor esfuerzo trataba de ocultar, era que todas las veces que veía a la niña en cuestión, u oía su nombre, se sentía obligado obsesivamente a pensar "putita". Este síntoma ocupaba el lugar de las exigencias instintivas incestuosas, contra las que el yo se defendía, y nos ofrece el ejemplo de un intento ineficaz de aislar la ternura de la sensualidad.

Era interesante observar cómo el paciente, que tenía cierta tendencia a las reacciones paranoides, combinaba en su defensa contra el instinto los mecanismos del aislamiento y la proyección. Cierta vez manifestó, para demostrar el absurdo del psicoanálisis, que la asociación libre era un disparate, dado que la gente sólo tenía las ideas que quería tener. Se le dijo que esto no era cierto, ya que él tenía la idea de "putita" sin querer tener tal idea. Varios días después echó en cara al analista

una supuesta sensualidad y vulgaridad, al llamar "putita" a su amiga y abusar de sus confesiones, para acusar al paciente de baja conducta (411).

Algunas veces los pacientes obsesivos consiguen un notable aislamiento mediante el matrimonio. Toman la resolución de que su vida conyugal no deberá tener ninguna conexión con su sexualidad infantil. "Ahora estoy casado, y por lo tanto no tengo que preocuparme más por la sexualidad". Con esta base los matrimonios no pueden ser felices. Los pacientes erigen graves compulsiones y obsesiones, allí donde las tendencias sexuales infantiles podrían invadir la vida matrimonial a pesar del aislamiento.

Ya hemos dicho que el caso especial más importante de aislamiento consiste en aislar el contenido ideacional de su correspondiente catexis emocional. Los neuróticos obsesivos típicos tienen la apariencia de ser fríos, abstractos y desprovistos de emociones, pero sus emociones pueden, en realidad, estar expresándose de alguna manera incongruente.

Un ejemplo del grado de "aislamiento" a que pueden llegar dichas expresiones nos lo ofrece el caso de un paciente que anotó por escrito que no debía "olvidar que había estado enojado".

La dificultad que los neuróticos obsesivos tienen de asociar libremente en el análisis, se debe a su propensión al aislamiento. No pueden asociar libremente porque se hallan siempre en guardia para evitar que puedan entrar nuevamente en contacto las cosas que originariamente estuvieron unidas. No pueden permitirse el ser sorprendidos ya sea por sentimientos o por percepciones que aún no han clasificado en categorías. El pensar por categorías impulsivas es una caricatura del pensamiento lógico: el pensamiento lógico está basado también en una especie de aislamiento. Pero el aislamiento lógico sirve a un propósito de objetividad, y el aislamiento compulsivo a un propósito de defensa (618).

El aislamiento, ya lo dijimos, tiene afinidad con el viejo tabú de tocar (618) (véase pág. 187). Muchos síntomas obsesivos regulan el modo en que los objetos deben o no deben ser tocados. Los objetos representan genitales o suciedad. Las cosas "limpias" no deben ponerse en comunicación con las "sucias" (989). Hallamos una aplicación del tabú de tocar al temor mágico de cambiar una situación presente para empezar una nueva situación (véase pág. 323), en los frecuentes rituales de umbral (30, 390).

Frecuentemente el aislamiento separa, uno de otro, los elementos de un todo, allí donde la persona no obsesiva sólo podría ver el todo y no los componentes. Por eso los neuróticos obsesivos perciben frecuentemente sumas en vez de unidades y muchos rasgos caracterológicos obsesivos pueden definirse como una "inhibición para percibir estructuras (*Gestalten*)".

Ya hemos mencionado la "repetición" como una forma de anulación (véase págs. 181 y sig.). La idea correspondiente es que, para anular algo, la actividad respectiva ha de repetirse con una intención diferente. Lo que una vez fue hecho con intención instintiva, debe ser hecho otra vez con el sentido de una actitud del superyó. Pero el instinto rechazado tiende a

penetrar también en el acto repetido, y de este modo deberá repetirse la repetición. Por lo común, el número de repeticiones que se hacen necesarias aumenta rápidamente. Surgen así "números favoritos" —que además pueden tener, por separado, algún sentido inconsciente especial—, para determinar el número de repeticiones necesarias. Eventualmente, las repeticiones pueden ser reemplazadas por la acción de contar.

Los números favoritos, por lo general, son pares. Solamente los números pares constituyen una garantía de que ni los instintos ni el superyó van a prevalecer. El mismo significado tiene la mayoría de las compulsiones "de simetría" (479).

Sería erróneo, sin embargo, creer que todas las compulsiones de contar tienen esta motivación. El contar puede tener algunos otros significados diferentes. A menudo significa contar segundos, es decir, una medición del tiempo. La necesidad de medir el tiempo puede tener causas diversas. Algunas veces es simplemente una manera de asegurar un aislamiento. Puede mediar una prohibición de iniciar cierta actividad después de otra, y el acto de contar sirve para asegurar el necesario intervalo. Hemos mencionado ya la vinculación básica entre medición del tiempo y erotismo anal. Siendo el acto de medir el tiempo, originariamente, la medición del intervalo entre dos oportunidades de ser puesto en el retrete (o en el orinal), puede ser usado como defensa contra una tentación de masturbación anal, pudiendo convertirse eventualmente en un sustituto de la masturbación anal (737).

El acto de contar en forma impulsiva puede ser también una defensa contra deseos de matar, ya que el acto de contar cosas es una manera de asegurarse de que ninguna de ellas falta. Pero la defensa puede ser invadida por el impulso, y entonces el contar inconscientemente termina por ocupar el lugar de matar, con lo cual, a su vez, resultará un impulso que debe ser rechazado (88). Esto es facilitado por la circunstancia de que el contar tiene, por sí mismo, el significado de tomar posesión, de controlar: "contar" puede significar "contar los propios bienes".

Un ejemplo muy sencillo del mecanismo de la anulación es el caso frecuente del lavado compulsivo. El lavado se hace necesario como un modo de anular una acción previa (real o imaginaria) de "ensuciar" (703, 989).

Esta acción de ensuciar es, por lo regular, la masturbación, o bien, más adelante, la idea de una remota posibilidad de masturbación (503).

La regresión anal es la causa de la concepción de la sexualidad como cosa sucia (485). La masturbación anal, en la infancia, era delatada, en efecto, por las manos manchadas o malolientes, y esta posibilidad de delación pudo ser evitada mediante el lavado. Ocasionalmente, los pacientes con neurosis obsesiva pueden hacer desaparecer todos sus escrúpulos bañándose o cambiando de ropa, dado que los "malos sentimientos", concebidos como cosa sucia, pueden "lavarse". El baño ritual, como un procedimiento de lavar pecados, es también una expresión de anulación. Es probablemente por esta razón que los ceremoniales neuróticos del período de latencia tienen a menudo una relación tan frecuente con el lavado. Los niños tercos, que se niegan a lavarse, están rehusándose realmente a renunciar a sus impulsos instintivos placenteros. Sin embargo, es cierto, al mismo tiempo, que los rituales en relación con desvestirse e ir a la cama deben también su auge a otra razón: estas ocasiones ofrecen una tentación de masturbarse.

Muchos síntomas compulsivos típicos tienden a anular actos agresivos, por lo general imaginarios. A veces esta intención resulta manifiesta, como sucede en el cierre compulsivo de llaves de gas o en el acto de retirar piedras de la calle. Otras veces, la intención sólo es factible de ser revelada mediante el análisis, como sucede en los diversos síntomas que tienen el sentido inconsciente de una penitencia. No existe una neta línea de separación entre los síntomas de penitencia y las sublimaciones creadoras que se realizan como actos destinados a contrarrestar tendencias sádicas infantiles (1422, 1424).

El uso de la regresión, la formación reactiva, el aislamiento y la anulación hace superfluo el empleo del mecanismo de defensa de la represión propiamente dicha. Esto contesta a la pregunta de cómo es posible para los impulsos censurables, en la neurosis obsesiva, el acceso a la conciencia. Así, por ejemplo, el impulso consciente de matar queda de tal modo separado, mediante el aislamiento, de toda posible expresión motriz, que no existe ninguna posibilidad de materialización del mismo, con lo que puede, sin ningún riesgo, hacerse consciente. De este modo, cuando la idea se hace consciente, está "desnuda de toda emoción" (1054). El resultado de esta ruptura de la conexión original es que el analista no dispone, para ser directamente usada, de una conciencia espontánea de los acontecimientos patógenos de la infancia. Dado que faltan las emociones correspondientes, el analista sabe tan poco como el paciente mismo acerca de cuáles son los recuerdos infantiles importantes y en qué consiste su importancia. Aun cuando lo supiera, no podría decirselo al paciente antes de vencer la resistencia de éste a ver la verdadera conexión.

La ausencia de represión propiamente dicha en la neurosis obsesiva no es, sin embargo, más que relativa. Las compulsiones y obsesiones en sí mismas pueden pasar por un proceso secundario de represión. A veces los pacientes no están en condiciones de decirnos en qué consisten sus compulsiones. Se presentan éstas en forma tan vaga, descolorida y como en sueños, que se requiere bastante trabajo analítico para descartar las represiones a tal punto que el texto de las compulsiones, por decirlo así, resulte legible.

A veces los síntomas compulsivos son secundariamente reprimidos porque el paciente siente que sus compulsiones no encajan dentro de su sistema, es decir, que no representan tan sólo fuerzas defensivas, sino también los instintos que se quiere rechazar, y que nuevamente se filtran. En su propósito de lograr que sus síntomas sean congruentes con su sistema, el paciente falsifica y oscurece el contenido original de los mismos. Sus propias compulsiones, así como el mundo entero, tienen que ser adaptadas al sistema, que es su única garantía de seguridad.

El desplazamiento es a menudo, en la neurosis obsesiva, un "desplazamiento sobre un pequeño detalle". Hay muchos neuróticos obsesivos que se sienten sumamente afligidos por causa de cosas pequeñas y aparentemente insignificantes, pero, en el curso del análisis, estas cosas pequeñas resultan ser substitutivas de otras que son importantes. El ejemplo más conocido de esto es el "pensar compulsivo" (*Gruebelzwang*). El paciente siente

la compulsión de pasarse horas enteras cavilando sobre asuntos sumamente abstractos. Este síntoma se basa en un intento de evitar emociones censurables mediante una fuga del mundo de las emociones hacia el mundo de los conceptos intelectuales y las palabras. La fuga fracasa: los problemas intelectuales, en los cuales ha tratado de refugiarse el paciente para huir de sus emociones, adquieren, por el retorno de lo reprimido, el más alto valor emocional.

EL DOBLE FRENTE DEL YO EN LA NEUROSIS OBSESIVA

No sólo son característicos en la neurosis obsesiva los mecanismos específicos de defensa, sino también el sentido en que su uso se orienta. Dado el relativo predominio de la dependencia del yo con relación al superyó, que caracteriza a esta neurosis, se comprende que el yo se vea obligado no sólo a obedecerle en cuanto al rechazo de las exigencias instintivas, sino también a intentar una rebelión contra él. Las mismas medidas defensivas que habitualmente utiliza contra los impulsos del ello puede usarlas contra el superyó. También esta actividad exige un gasto continuado de energía. Ya hemos dicho que la idea compulsiva "si haces esto o aquello, morirá tu padre", constituye una manera de hacerse cargo de esta amenaza del superyó: "si haces esto o aquello, puedes verte tentado de matar a tu padre". El yo puede reaccionar a esta amenaza con una contraamenaza. Cuando el "hombre de las ratas" tuvo su primera experiencia sexual, se le ocurrió esta idea obsesiva: "¡Esto es glorioso! ¡Uno podría matar al propio padre por esto!" (567). El yo se conduce con el superyó, en efecto, como previamente lo hizo con sus educadores: en forma obediente, rebelde, u obediente y rebelde a un mismo tiempo. La ambivalencia del yo hacia el superyó constituye la base de la frecuente preponderancia de los síntomas religiosos en la neurosis obsesiva (560).

La mejor ocasión de observar el ambivalente conflicto en relación con el superyó es cuando da lugar a una conducta de dos fases. El paciente se comporta alternativamente como un niño malo y como adicto a una estricta disciplina de castigos.

Un paciente era incapaz, por razones obsesivas, de cepillarse los dientes. Después de quedarse un rato sin hacerlo, se cacheteaba y reprendía a sí mismo. Otro paciente llevaba siempre consigo un cuaderno de apuntes, en el que asentaba las calificaciones que merecía su conducta, para indicar, según el caso, elogio o censura.

En sueños, lo absurdo significa una intención de burla o malicia de parte del que sueña (552). De una manera similar, la crasa absurdidad de muchos de los pseudo problemas que constituyen el tema de los pensamientos obsesivos, indica una actitud maliciosa y de burla de parte de los pacientes hacia su superyó, a menudo representado, durante el análisis, por el analista. De esta manera, los absurdos del paciente son una continuación de la actitud infantil de ridiculizar al padre (567).

En su primera consulta, un paciente preguntó al analista si el análisis habría de aliviarle de su excesiva masturbación. El analista le aseguró que, si el análisis de algún modo habría de tener éxito, también tendría alguna eficacia en este aspecto. Muchos meses más tarde el paciente informó lo que en realidad había pensado en ese momento: "me pregunto cómo podrá el análisis hacer cesar mi masturbación, si no lo hago yo por mí mismo"; y tomó la resolución de no abstenerse por sí mismo, sino de observar solamente cómo podría el analista cumplir con su tarea de hacer cesar la masturbación sin colaboración de su parte.

La regresión al sadismo anal no sólo ha modificado al yo, cuyo sadismo y ambivalencia ahora se dirigen tanto al superyó como a los objetos externos. Ha modificado también al mismo superyó, de manera que éste se hace más sádico y ostenta rasgos automáticos y arcaicos, tales como el de obrar de acuerdo con la ley del talión y obedecer a las reglas de la magia de las palabras. El sadismo del superyó, resultante de la regresión, aumenta tanto más cuanto más refrena el yo su agresión dirigida al exterior. Cabría suponer que una persona severa consigo misma y no agresiva hacia el exterior, podría estar refrenando su agresión a causa de esta misma severidad, pero en realidad, el bloqueo de la agresión es primario y la severidad del superyó secundaria. El sadismo, al no ser dirigido más contra los objetos, es derivado al interior bajo la forma de agresión del superyó contra el yo (613).

La moralidad exigida por el arcaico superyó del neurótico obsesivo es una pseudomoralidad automatizada, caracterizada por Alexander como la corruptibilidad del superyó (37). Si el yo hace una concesión a un impulso instintivo, deberá prestarse a exigencias de expiación; una vez cumplida la expiación, el yo puede hacer uso del acto de expiación como una autorización de embarcarse en nuevas transgresiones. El resultado es una repetición alternada de actos "instintivos" y "punitivos". La necesidad de un relativo equilibrio entre las dos actitudes puede expresarse en compulsiones de simetría mágica.

Las compulsiones de simetría presentan formas extremadamente múltiples. Todas consisten en evitar "perturbaciones del equilibrio". Todo lo que sucede en el lado derecho, debe suceder en el izquierdo; todo lo que se hace arriba, deberá hacerse también abajo, ningún acto de contar podrá terminar en número impar, y así sucesivamente. Todo esto puede tener algún significado especial en cada caso determinado, pero tiene siempre el significado general de impedir que el equilibrio *mental* sea perturbado por los impulsos rechazados. Todo movimiento "instintivo" es "anulado" mediante el contramovimiento simétrico (479).

Schilder hizo el análisis comparativo de formas de compulsión referentes a simetría que se basan en conflictos sobre erotismo del equilibrio (1384, 1386) y formas que se manifiestan en dibujos abstractos (1395).

Para entender la "corruptibilidad" del superyó, habría que considerar la relación económica de que se ocupó Rado, con el nombre de idealización (1237). El cumplimiento de las exigencias del superyó procura al yo un placer narcisístico que puede traer consigo un regocijo tal que suspende

o debilita temporariamente su función de juzgar objetivamente la realidad y los impulsos.

La idea de que todo sufrimiento confiere el privilegio de un placer compensador, y que un superyó amenazante puede ser aplacado y forzado a conceder nuevamente la protección allí donde la había retirado antes, mediante un sufrimiento voluntario, son muy arcaicas. Estas mismas ideas se expresan en las actitudes del sacrificio y la plegaria. En ambas prácticas, la compasión de Dios es comprada, y mediante la aceptación activa y voluntaria de una incomodidad a guisa de "castigo profiláctico" se evitan castigos más rigurosos. El caso extremo, en tales actitudes, son los actos que podrían llamarse autocastraciones profilácticas. Comprar la compasión de Dios es algo que puede transformarse en extorsión. En los neuróticos impulsivos y depresivos encontramos muchas veces variaciones de este género de extorsión. En última instancia, el círculo acto-castigo-nuevo acto, puede ser retrotraído al círculo hambre-saciedad-nuevamente hambre.

La vacilación entre el acto y el castigo se expresa frecuentemente en forma de dudas obsesivas, que en realidad significan: "¿Obedeceré a las exigencias del ello o a las del superyó?" Hay casos graves de neurosis obsesiva que pueden terminar en un estado en que el yo consciente, habiéndose transformado en una especie de pelota que va y viene entre los contradictorios impulsos del ello y el superyó, queda completamente eliminado como instancia eficiente (109, 1292).

En su defensa contra las exigencias del sádico superyó, el yo tanto puede recurrir a una rebelión antisádica como a la sumisión (propiciación), o bien utilizar ambas actitudes a la vez o sucesivamente. A veces el yo parece dispuesto a tomar sobre sí castigos y actos de expiación e incluso de tortura que alcanzan extremos sorprendentes. Este "masoquismo moral" parece ser un complemento del "sadismo del superyó", y esta sumisión puede llevarse a efecto con la esperanza de utilizarla como permiso de una posterior libertad instintiva. La "necesidad de castigo" del yo está subordinada, en general, a una "necesidad de perdón", es decir, que el castigo es aceptado como un recurso para librarse de la presión del superyó. Esta necesidad de castigo de parte de un yo compulsivo puede, empero, condensarse con deseos sexuales masoquistas. En tal caso, para usar las palabras de Freud, la moral, surgida del complejo de Edipo, ha hecho una regresión para volver a ser otra vez complejo de Edipo (13).

En general, la necesidad de castigo no es más que síntoma de una necesidad más general de absolución. Esto se ve claramente allí donde aparece el intento de eludir el castigo mediante la obtención de la absolución sin intervención de aquél, mediante el uso de objetos externos como "testigos" en la lucha contra el superyó (1288, 1289, 1599).

Un paciente ideó un método para desentenderse de escrúpulos y temores hipocóndricos. Después de masturbarse, recurría a un médico, que lo examinaba y le daba la seguridad de que se hallaba en buen estado de salud. El análisis demostró que esta seguridad dada por el médico representaba la renuncia de parte de un "castrador" a su derecho a castrar. La declaración de buena salud representaba la abso-

lución que necesitaba. Esta absolución ponía fin a la mala conciencia del paciente y hacía innecesario todo otro recurso a este efecto, y especialmente, a la necesidad de autocastigo de parte del paciente.

La conducta social de un paciente obsesivo es determinada, a menudo, por el respaldo que halla en las seguridades recibidas de otras personas, a objeto de conservar su propia autoestima. El paciente se halla aliviado cuando encuentra que otras personas no consideran su culpa tan grave como la ve él. Es como si dijera a su superyó: "Después de todo, la cosa no ha de ser tan mala si Fulano no me condena". Por este proceso el temor al superyó vuelve a transformarse en un temor "social". Esta reproyección del superyó es hallada en mayor grado en personas con rasgos paranoides, pero también el análisis de simples neuróticos obsesivos demuestra frecuentemente que su angustia social representa el temor de que llegue a fallar su intento de mitigar un grave sentimiento de culpa. El sentimiento de que a pesar de todo son culpables, puede transformarse en un temor social crónico. Y naturalmente, una persona que inconscientemente es muy agresiva contra el mundo exterior, tiene todas las razones para temer que el mundo no ha de quererlo.

A pesar de ser los conflictos del neurótico obsesivo más internalizados que los de un histérico, los neuróticos obsesivos tratan de usar los objetos exteriores para la solución o el alivio de sus conflictos internos. Los histéricos que temen ser castrados o dejar de ser queridos, pueden tratar de influir en forma directa sobre la gente que los rodea. para disuadirlos de hacer las cosas que ellos temen. El neurótico obsesivo, más temeroso de perder la protección de su propio superyó, de verse compelido a despreciarse a sí mismo, necesita de otra gente como medio indirecto de obtener un alivio. Todo lo que los objetos hacen o dicen es visto ya sea como perdón o como acusación. Se producen intentos diversos, reales o mágicos, de influir en el testimonio de estos "testigos". A veces el paciente trata simplemente de inducir a los objetos a dar señales de simpatía. A veces se espera de ellos que hagan lo que los pacientes por sí mismos no se atreven a hacer. A veces se espera de ellos que *no* hagan lo que los pacientes por sí mismos no se atreven a hacer, porque esto daría lugar a una tentación excesivamente intensa.

Según Freud, la base inconsciente del concepto de justicia es la siguiente idea: "Aquello que no me es permitido hacer a mí, tampoco debe permitirse a ningún otro que lo haga" (606). El afán de justicia tiene su raíz en la tendencia a mantener una prohibición, mediante la insistencia en que ésta debe extenderse también a todos los demás (40). Hay una relación entre "justicia" y "simetría". Algunos anhelos de justicia no significan otra cosa que esto: "Lo correcto es que aquello que sucedió a la derecha, suceda también a la izquierda". Y el anhelo de simetría a veces significa esto: "Se logra la simetría cuando aquello que le ocurrió a un niño les ocurre también a los demás hermanos y hermanas". Freud afirmó que aquellas personas que han colocado en el lugar del superyó un objeto que les es común, se identifican entre sí (606). Siguiendo a Redl (1258), podemos agregar: del mismo modo las

personas que utilizan el mismo "testigo" se hallan unidas por una identificación mutua.

En casos extremos, la conducta del paciente puede perder, en cierto momento, todo carácter de autenticidad. Haga lo que haga, siempre lo está haciendo con el propósito de impresionar a un auditorio, o más bien a un jurado, que está en su fantasía.

Una dependencia ambivalente con respecto a un superyó sádico, y la necesidad de librarse a cualquier precio de una insoportable tensión de culpa, son las causas más frecuentes de suicidio. Surge entonces esta cuestión: Si es cierto que estos factores desempeñan un papel tan prominente en la neurosis obsesiva, ¿por qué es tan raro el suicidio en los pacientes obsesivos? Freud dio la siguiente respuesta. En la neurosis obsesiva, en contraste con lo que sucede en la depresión, la libido del individuo no se halla totalmente involucrada en el conflicto entre el yo y el superyó. Una gran parte de las relaciones objetales del paciente y esta circunstancia lo protegen del desastre. Puede ser incluso que la deformación regresiva de este remanente de relaciones de objeto, es decir, su carácter sádico, contribuya a este efecto favorable: a causa de que el neurótico obsesivo logra expresar efectivamente tanta agresión contra los objetos, no necesita derivar tanta agresión contra sí mismo (608).

Los sentimientos de culpa, no obstante, causan bastante sufrimiento a los neuróticos obsesivos. Los pacientes ingresan en un ciclo que no hace más que ensancharse: remordimiento, penitencia, nueva transgresión, nuevo remordimiento. El neurótico obsesivo tiende a efectuar más y más desplazamientos, a extender el ámbito de sus síntomas (en forma análoga a la "fachada fóbica") y a ampliar el significado instintivo de sus síntomas a expensas de su significado punitivo.

La necesidad predominante de utilizar los objetos para procurar un alivio a los conflictos internos, eclipsando con ello todo sentimiento directo hacia los objetos, no es el único factor que habitualmente deforma las relaciones de objeto del neurótico obsesivo. Un segundo factor lo constituye el simple hecho de que la regresión sádico-anal impide el desarrollo de relaciones de objeto maduras, produciendo una actitud ambivalente, nada sólida, hacia los objetos, conflictos de bisexualidad y conservación de los fines de incorporación. Una tercera circunstancia que perturba las relaciones de objeto es el aislamiento de las emociones, de tal modo que aquéllas carecen de autenticidad y de calor. Las catexis, que están unidas a síntomas y a sustitutos autoeróticos, están ausentes cuando los pacientes se encuentran frente a objetos.

EL PENSAMIENTO EN LA NEUROSIS OBSESIVA

La regresión hacia el sadismo anal y el constante conflicto con el superyó ejercen una influencia característica sobre los procesos del pensamiento en el neurótico obsesivo: éstos terminan por ser atravesados o suplantados por sus precursores arcaicos.

En contraste con los sueños diurnos visuales del histérico, las fantasías del neurótico obsesivo se verbalizan y hacen resucitar las actitudes arcaicas que acompañaron el primer uso de la palabra.

La función propia del yo de juzgar por anticipación es enormemente facilitada por la adquisición de la *palabra*. La creación de esta réplica del mundo real hace posible calcular y ejecutar anticipadamente en esta especie de "imagen del mundo" antes de pasar a la acción real (véase págs. 63 y sigs.). Las palabras y los conceptos verbalizados son sombras de cosas, estructuradas con el propósito de establecer un orden, mediante una conducta de ensayo en el caos de las cosas reales. El macrocosmos de las cosas reales de afuera es reflejado por dentro en el microcosmos de las representaciones de las cosas. Las representaciones de las cosas tienen las características de las cosas, pero carecen del carácter de "seriedad" que éstas tienen. Y constituyen "bienes", es decir, son controladas por el yo, representan un intento de dotar a las cosas de "cualidad de yo", con el propósito de consumir el dominio sobre ellas. Quien conoce la palabra que designa la cosa, domina la cosa. Éste es el núcleo de la "magia de los nombres", que desempeña tan importante papel en la magia en general (916). Lo hallamos representado en el viejo cuento de hadas de Rumpelstilzchen, donde el demonio pierde su poder tan pronto como es conocido su nombre.

Un paciente conocía varios cientos de nombres de pájaros. De niño tenía miedo de la cigüeña, como demonio del nacimiento y de la muerte. Un niño conocía todas las estaciones de ferrocarril de memoria; su análisis demostró que había padecido una fobia a los ferrocarriles varios años antes. Otro niño tenía una memoria extraordinaria para los nombres de personas; era ésta una manera de dominar una primitiva angustia social.

El neurótico obsesivo, siendo temeroso de sus emociones, teme a las cosas que provocan emociones. Huye del macrocosmos de las cosas al microcosmos de las palabras. Temeroso del mundo, trata de repetir el proceso por el cual, siendo bebé, aprendió a dominar los aspectos atemorizantes del mundo. Pero esta vez, bajo la presión de los impulsos rechazados, el intento fracasa. Cuando trata de huir, de las cosas que provocan emoción, a las sobrias palabras, lo rechazado vuelve, y las sobrias palabras dejan de ser "sobrias". Son investidas de una sobrecatexis emocional, y adquieren el valor emocional que para las otras personas tienen las cosas.

Las primeras palabras adquiridas en la infancia son mágicas y "omnipotentes" porque el microcosmos no se ha diferenciado bastante del macrocosmos y conserva aún el mismo valor emocional que éste (457). Las bendiciones y las maldiciones son expresión de la cualidad macrocósmica que aún persiste en las palabras. En el desarrollo posterior de las facultades del pensamiento y de la palabra, es fuerza que el mundo de alegres colores se torne un poco gris, a objeto de que resulte más fácil su manejo. Sólo mantienen su tono alegre algunos pensamientos irracionales y algunas palabras, como los sueños diurnos y las palabras obscenas (451). En la neurosis obsesiva, el pensamiento y el habla se han hecho sustitutos de las emociones vincula-

das a la realidad; recobran sus cualidades originarias, se "sexualizan" y pierden su valor para el uso práctico. Una vez más, las palabras se vuelven poderosas bendiciones y maldiciones (1154).

Nuevamente las palabras pueden matar y hacer resucitar. Pueden realizar milagros y hacer retroceder el tiempo. Mediante una simple afirmación verbal, cree inconscientemente el neurótico obsesivo que puede obligar a la realidad a seguir el cauce que él desea. Si se cree que palabras y pensamientos tienen tales virtudes efectivas, también serán peligrosas. Una palabra dicha al descuido puede devolver su efectividad a los impulsos sádicos rechazados a costa de tanto cuidado. Palabras y pensamientos deben ser manejados con cuidado, y en caso necesario, habrá que rechazarlos o anularlos. Su mal uso reclama el mismo castigo que un delito. Se convierten en los sustitutos regresivos de los actos (567).

Dado que la omnipotencia de las palabras (457) sigue conservándose especialmente en las palabras obscenas, que han conservado su poder mágico, haciendo que el que habla y el que escucha sientan las cosas que se dicen como si fueran realmente percibidas (451), a menudo constituyen un motivo de síntomas obsesivos. Una embarazada reticencia que impide proferir palabras obscenas (a menudo perturbada por una compulsión sacrílega a pronunciar esas mismas palabras en sus sentidos más embarazosos) es una defensa contra el impulso específico de decir tales palabras. Este impulso, que puede presentarse como una perversión (véase págs. 396 y sig.) es experimentado con más frecuencia como compulsión. Tiene el objetivo de compeler mágicamente al que escucha a tener una experiencia sexual. Comúnmente, sin embargo, no se trata de un simple deseo sexual. Sirve, más bien, para combatir cierta angustia inconscientemente vinculada a ideas sexuales. Es evidente, en este impulso, el factor sádico, como lo es el hecho de que las palabras anales implican un placer anal y el hablar de temas sexuales es en sí mismo un logro libidinoso-oral. En la coprolalia se trata de "libido regresada" y desempeña, por eso un gran papel en la sintomatología de la neurosis obsesiva.

El temor a la omnipotencia de sus pensamientos (457, 567), hace al neurótico obsesivo depender de su pensamiento. En vez de dominar el mundo por medio del pensamiento, su pensamiento (que es compulsivo), reemplazando a la sexualidad incontrolada, lo domina a él.

La tendencia a usar palabras "omnipotentes" como defensa contra el peligro, explica el hecho de que las medidas secundarias de defensa contra los síntomas compulsivos tienen a menudo la forma compulsiva de fórmulas verbales mágicas. La relación de las fórmulas compulsivas con las fórmulas mágicas de los primitivos, ha sido frecuentemente estudiada (579).

Un paciente que se sentía obsesivamente preocupado por la idea de que el analista podría morir durante una de las sesiones, sentía, por ello, la compulsión de darse vuelta para mirar al analista, y tranquilizarse pronunciando esta fórmula: "El doctor está vivo y sentado detrás de mí, a cierta distancia". "A cierta distancia" le tranquilizaba respecto a que no había violado el tabú del contacto.

Freud demostró que la creencia en la omnipotencia del pensamiento corresponde a un hecho real. Los pensamientos, por cierto, no tienen la

eficacia externa que el neurótico obsesivo se imagina. Pero dentro de él los pensamientos tienen realmente mucho más poder que en las personas normales. Los pensamientos compulsivos realmente compelen a algo, y en esta cualidad reside su poder (567). Este poder es en parte un derivado de la fuerza biológica de los instintos y en parte un derivado del poder ejercido por las exigencias del padre. Los neuróticos obsesivos, aunque dependen de sus compulsiones, en realidad no advierten este hecho, y subestiman realmente el poder interno de su pensamiento tanto como sobreestiman su fuerza externa.

En un aspecto tiene éxito, por lo general, el hecho de retirarse de la esfera del sentimiento a la del pensamiento: el pensamiento compulsivo es pensamiento *abstracto*, aislado del mundo real de las cosas concretas.

El pensamiento compulsivo no sólo es abstracto, sino también *general*, orientado hacia la sistematización y la categorización; es teórico en vez de ser real. Los pacientes se interesan más en mapas e ilustraciones que en países y cosas.

Pero en otro aspecto fracasa, por lo general, esta retracción. Las escisiones y contradicciones de que se ve impregnada la vida emocional de los neuróticos obsesivos se desplazan hacia los (sexualizados) problemas intelectuales, y los resultados son la cavilación y la duda obsesivas. La duda es el conflicto instintivo desplazado al terreno intelectual.

Un paciente, contemplando una puerta, se sentía compelido a cavilar, durante largo rato, sobre el siguiente problema: ¿Qué es más importante, el espacio vacío, obturado por la puerta, o la puerta material, obturando el espacio vacío? Este problema "filosófico" encubría esta otra duda: ¿Qué es lo más importante en la sexualidad, la mujer o el hombre? Y esto, a su vez, significaba: ¿Qué es lo principal en mí, la feminidad o la masculinidad?

El contenido inconsciente de las dudas obsesivas puede ser múltiple, si bien los múltiples conflictos no son más que versiones especiales de un pequeño número de problemas generales. Son conflictos de masculinidad versus feminidad (bisexualidad), de amor contra odio (ambivalencia), y especialmente del ello (exigencias instintivas) contra el superyó (exigencias de la conciencia).

La última fórmula citada es la decisiva. La bisexualidad y la ambivalencia no constituyen conflictos en sí mismos. Lo son únicamente si representan al mismo tiempo un conflicto estructural entre una exigencia instintiva y una fuerza que se le opone.

Ciertas dudas obsesivas son de un carácter un poco más simple. Algunas dudas sobre la validez de las propias percepciones y juicios representan el deseo de que no sea cierto aquello que es objeto de duda. Los hechos de que se duda pueden estar ocupando el lugar de escenas primarias o de las diferencias anatómicas sexuales. El síntoma relativamente frecuente de la duda obsesiva respecto a noticias de muerte, es ante todo un temor a la omnipotencia de los propios pensamientos: el paciente trata de negar la noticia porque quiere rechazar la idea de que la culpa podría ser suya.

Si la duda se hace tan torturante que hace exclamar al paciente, con tono de alivio: "¡Gracias a Dios!", ante la confirmación de la noticia, la explicación psicológica es la que viene a continuación. Si la duda hubiera sido justificada y la idea de la muerte hubiera surgido de un malentendido, sería obvio el hecho de que el paciente había tenido tan malos pensamientos. De ahí que la confirmación de la noticia es sentida como un alivio, porque elimina la sospecha de que uno podía haber pensado maliciosamente sobre la muerte de una persona.

El conocimiento logrado acerca de la naturaleza de las cavilaciones y la duda obsesivas permite formular esta sencilla regla técnica: no se debe discutir nunca con los neuróticos obsesivos sus problemas obsesivos. Si el analista no se abstuviera de esta discusión, lo que haría es fortalecer los mecanismos de aislamiento del paciente. Lo único que debe ser objeto del análisis, en tanto los pensamientos del paciente permanezcan aislados de sus emociones, será el aislamiento mismo, y no el contenido de lo que ha sido aislado.

Unida al hecho de que la mayor importancia que corresponde a la acción haya pasado al pensamiento, se halla la siguiente idea. El pensamiento es una preparación para la acción. Las personas que temen a la acción aumentan los preparativos. Del mismo modo que, en vez de actuar más bien piensan, los neuróticos obsesivos constantemente hacen preparativos para el futuro y nunca sienten el presente. Muchos síntomas compulsivos tienen el carácter de preparativos para un futuro que nunca se transforma en presente. Los pacientes hacen como Tyll Eulenspiegel*, que mientras escalaba la montaña se regocijaba con la idea del próximo descenso, y se sentía triste cuando bajaba, porque a esto seguiría otra marcha hacia arriba.

La causa principal de los exagerados preparativos es ciertamente el miedo a la "cosa real". Simultáneamente, la tendencia a preparar expresa un placer preliminar anal, la postergación infantil de la defecación, que en sí misma encerraba también un doble carácter: el empeño de evitar una pérdida repentina del control y el de alcanzar un placer erógeno. Las partes "insignificantes" hacia las cuales el neurótico obsesivo desplaza la importancia que corresponde al importante conjunto, representan los "preparativos" en lugar de "la cosa real".

El neurótico obsesivo, ocupado en preparativos, actúa de acuerdo con esta regla: el *statu quo* es mejor que cualquier cosa que un cambio podría traer. El *statu quo* es un mal menor.

El miedo a cualquier cambio de la situación presente, conocida, por un estado de cosas nuevo, que puede ser peligroso, hace que los pacientes se aferren incluso a sus síntomas. La neurosis, con todo lo incómoda que es, es conocida y constituye un "mal menor", en comparación con las posibilidades que puede traer consigo cualquier cambio. Tal actitud engendra, a menudo, una resistencia latente, que limita las posibilidades de un análisis que de otro modo se desarrollaría con éxito. Para el paciente, la neurosis representa, en este caso, una "vieja amistad". Algunas formas de "reac-

* Protagonista de una serie de historietas populares alemanas (alrededor de cien), características por su desenfadado, y contenidas en un libro editado por primera vez hacia comienzos del siglo xv. (T.)

ción terapéutica negativa" al tratamiento analítico (608) expresan ese temor a todo cambio (818, 1315).

El miedo al cambio puede ser reemplazado o acompañado por lo contrario, una tendencia a cambiar continuamente. El mundo no obedece, en realidad, al sistema de ningún paciente obsesivo. De ahí que algunos neuróticos obsesivos tengan la tendencia a cambiarlo todo, en todas partes, en el intento de adaptar el mundo a su sistema.

El siguiente caso ofrece un buen ejemplo de creencia en la omnipotencia del pensamiento, de sentimiento de culpa debido a esa creencia y de un intento de defensa contra los sentimientos de culpa mediante el afán de orden.

En los días inmediatamente anteriores al estallido de la guerra un paciente estaba colgando su sobretodo en el armario. Repentinamente sintió este mandato compulsivo: "tienes que colgar el sobretodo con especial esmero". Contestó resistiendo: "Tengo mucha pereza". Entonces sintió esta amenaza compulsiva: "si no cuelgas el sobretodo con esmero, estallará la guerra". No hizo caso.

Varios días después estalló la guerra. Inmediatamente el paciente recordó el episodio del sobretodo. Sabía, por supuesto, que no era su negligencia lo que había originado la guerra, pero sentía como si lo hubiera sido. Había estado convencido, tiempo atrás, de que habría de morir en una guerra. Ahora sentía eso como un justo castigo por su negligencia al colgar el sobretodo.

El interés del paciente por la guerra tenía una larga historia. De niño había tenido mucho temor a su tiránico padre, y para rechazar su propia angustia atemorizaba al hermanito. Se comportaba de una manera bastante sádica con este hermanito, especialmente cuando jugaban a la guerra. Cuando el paciente era un adolescente, el hermano murió de una enfermedad. El paciente reaccionó con la idea obsesiva de que él habría de morir en la guerra. Este pensamiento obsesivo expresaba la siguiente idea inconsciente: "Yo maté a mi hermano jugando a la guerra; debo esperar, por lo tanto (por la ley del talión), el castigo de morir en la guerra".

El padre del paciente extremaba muchísimo el orden. Colgar correctamente el sobretodo significaba obediencia al padre. Discusiones como las que se expresan en "debes colgar el sobretodo" y "tengo mucha pereza", habían tenido lugar frecuentemente entre padre e hijo. Más tarde, el afán de orden, con el sentido de obediencia al padre, adquirió el significado inconsciente de una seguridad de que no mataría al padre. "Negligencia" significaba "correr el riesgo de matar y de ser muerto". El día en que ocurrió el incidente del sobretodo el paciente había tenido una frustración en su profesión y estaba particularmente enojado.

Por la conexión existente entre el "microcosmos" de la palabra y la idea de "controlar bienes" se hace comprensible que, dondequiera que ocurre una sexualización del pensamiento, la sexualidad vinculada al pensamiento tiene cualidad anal. Durante el análisis, los neuróticos obsesivos equiparan a menudo, consciente o inconscientemente, la producción o no producción de asociaciones con la producción o no producción de excrementos.

Una paciente que tenía que hablar en público a menudo, mostraba una evidente equiparación de sus palabras no con heces, sino con orina. Mientras hablaba, solía "perder el control" de sus palabras, que entonces le "chorreaban" de la boca. A veces se detenían repentinamente y ella sentía una especie de "temor al tablado", sin saber

qué decir y sintiendo que se había quedado sin material. Pero había ideado una treta sencilla para superar esta inhibición: debía tener sobre su pupitre una botella de agua y luego de "llenarse" de agua, dejaba fluir nuevamente las palabras.

El análisis puede demostrar también que ciertos detalles, de carácter mucho más delicado, en la manera de hablar y de pensar, a menudo constituyen la repetición de detalles correspondientes en los hábitos infantiles "de retrete". Las fantasías de omnipotencia vinculadas a pensamientos y palabras resultan no ser otra cosa que repetición de la sobreestimación narcisista de las funciones excretoras (19).

Concorde con la sexualización anal de pensamientos y palabras es la comprobación frecuente, en el análisis, de que las manifestaciones neuróticas de la cabeza y de los órganos vocales dependen del erotismo anal.

Este hallazgo no está en desacuerdo con el hecho de que a menudo el pensamiento y el habla son usados como símbolos de pene, y la capacidad de pensar o de hablar es concebida como un signo de potencia (215, 520). La concurrencia de significados anales y fálcos en las obsesiones y compulsiones se debe a la regresión.

Es posible que la relación fisiológica entre el volumen de la sangre de la cabeza y el de los órganos abdominales contribuya a establecer esta conexión inconsciente de "pensamientos" y "excrementos".

Un paciente obsesivo que sufría de dolores de cabeza crónicos se refería a este síntoma diciendo: "me duelen los nervios". Imaginaba los "nervios" como estructuras filiformes blancas o rosáceas, idea que adquirió en el consultorio del dentista, donde vio un "nervio" de diente. Una vez soñó con el "nervio vago", es decir, con el nervio "vagabundo". Hablaba de un hilo blanco que podía haberse abierto camino hacia la cabeza procedente de abajo, y que ahora podía estar rondando dentro de su cabeza y producirle de este modo el dolor de cabeza. Esta idea estaba unida a cierta experiencia de su infancia: había tenido ascárides. Inconscientemente suponía que estos parásitos le producían tantos síntomas cefálicos como síntomas anales le habían producido cuando era niño.

MAGIA Y SUPERSTICION EN LA NEUROSIS OBSESIVA

La sobrevaloración del intelecto hace que los neuróticos obsesivos logren a menudo un alto desarrollo intelectual. Esta elevada inteligencia ostenta, sin embargo, rasgos arcaicos y está llena de magia y superstición. Su yo sufre un desdoblamiento: una parte es lógica, la otra, mágica. El mecanismo defensivo del aislamiento hace posible el mantenimiento de tal desdoblamiento.

La superstición del neurótico obsesivo fue el tema que sirvió a Freud para demostrar, por primera vez, las "semejanzas en la vida mental de salvajes y neuróticos" (579). Tiene su base en un narcisismo aumentado, vinculado a la restauración regresiva de la omnipotencia infantil, más o menos original (457). Los juegos obsesivos en torno a esta omnipotencia

tienen el objetivo de contradecir sentimientos de dependencia, e inconscientemente son equivalentes de "matar al padre".

Un paciente encontraba un gran placer en jugar con un pequeño ramillete de flores de papel que cambiaba de forma al ser agitado, un tanto como si fuera un caleidoscopio. El análisis demostró que estaba "jugando a ser Dios", creando mágicamente nuevos mundos. Otro paciente, mientras ejecutaba ceremonias con el cubrecama, acostumbraba fantasear, siendo niño, que era Dios creando el mundo. El análisis demostró que este "crear el mundo" significaba "crear niños", y que inconscientemente hacía el papel del padre realizando el coito con la madre. Este coito creador de mundos era percibido, sin embargo, como un acto anal y la pretendida omnipotencia era el resultado de la sobreestimación narcisística infantil de las funciones excretoras (19). Otro paciente, en quien el análisis agudizó la facultad de autoobservación, se sorprendió a sí mismo pensando en lo extraño que era que para pasar por una puerta le era necesario abrirla. Esperaba realmente que su deseo fuera suficiente para que la puerta se abriera por sí misma. El rechazo de esta idea por los estratos superiores del yo distingue una creencia semejante de un delirio de grandeza.

El complemento de la creación de mundos por medios mágicos es la "supresión" de un fragmento indeseado del mundo, esa extraña capacidad de negar la realidad en el punto en que se opone a los deseos del paciente. Una pérdida verdadera de la aptitud para el juicio de realidad es un rasgo característico de la psicosis (611). En la neurosis, el típico "apartamiento de la realidad" es la "introversión", un apartarse de los objetos reales hacia las imágenes de los objetos infantiles. En este aspecto, el neurótico obsesivo, en razón de su "omnipotencia", se halla colocado un paso más cerca de la psicosis que el histérico. Una parte inconsciente del yo puede repudiar partes de la realidad, mientras que la personalidad consciente, al mismo tiempo, sabe realmente lo que es cierto y lo que es falso.

Un paciente que tenía obsesiones sobre geografía, se hallaba perturbado, a causa de su obsesión por la prolijidad, por los límites artificiales entre los países. Su deseo era que sólo hubiera países que fueran unidades geográficas. Por eso se refería a la península ibérica como "España", ignorando la existencia de Portugal. Un día fue presentado a un extranjero, a quien preguntó por su nacionalidad. "Portugués", contestó el interrogado. El paciente describió la reacción que le produjo esta afirmación en los siguientes términos: "Supongo que es español —me dije—. ¡Para él esto es ser portugués!" Este ejemplo muestra la relación entre "negación en la fantasía" y "desdoblamiento del yo".

Los niños, que convencidos por la realidad, se ven obligados a renunciar a creer en la propia omnipotencia, creen, en cambio, en la omnipotencia de los mayores que los rodean. También persisten, en los neuróticos obsesivos, huellas de esta idea de la omnipotencia de los mayores.

Durante el período de latencia una paciente creía aún en la omnipotencia de los adultos, porque tenían el poder de descubrir en qué momento ella estaba resistiendo a un impulso de defecar.

Más adelante esta cualidad de omnipotencia es desplazada de los adultos a Dios, y esta figura omnipotente constituye el foco de graves conflictos ambivalentes en los neuróticos obsesivos. Dificilmente haya una sola neurosis obsesiva sin rasgos religiosos: por ejemplo, conflictos obsesivos entre la fe e impulsos de blasfemar, que tanto pueden ocurrir en el caso de ateos declarados como en personas conscientemente piadosas (468, 560, 599).

Un paciente sufría muchísimo del impulso de dar voces durante el servicio religioso. Cierta vez, en su infancia, estando su padre enfermo, se le dijo que guardara silencio. Fue entonces cuando por primera vez apareció la compulsión de interrumpir con un grito sacrílego un silencio "sagrado". Más tarde el lugar del padre fue ocupado por Dios y el deseo de matar a aquél fue reemplazado por el impulso de vociferar. El análisis mostró ulteriormente que el ruido perturbador en que primeramente pensó el paciente no fue el de vociferar, sino el de un flato. La agresión contra el padre era anal, y simultáneamente expresaba, en un plano más profundo, un género arcaico de amor.

Dado que la mayoría de las religiones patriarcales oscilan también entre la sumisión a una figura paterna y la rebelión (sexualizadas ambas, la sumisión y la rebelión), y que todos los dioses, a la manera de un superyó obsesivo, prometen protección con la condición de la sumisión, hay muchas semejanzas entre el cuadro manifiesto de los ceremoniales compulsivos y los rituales religiosos, debido a la similaridad de los conflictos subyacentes. Freud llamó por ello "religión privada" a la neurosis obsesiva (560). De manera análoga, los ceremoniales de los neuróticos obsesivos fueron calificados de rituales, a causa de su semejanza con los ritos religiosos. Pero también hay diferencias básicas entre el rito religioso y el obsesivo, asunto que, por otra parte, rebasa el alcance de este libro.

La sintomatología de las neurosis obsesivas está llena de supersticiones mágicas, tales como los oráculos compulsivos o los sacrificios. Los pacientes consultan oráculos, hacen apuestas con Dios, temen el efecto mágico de las palabras de los demás, actúan como si creyeran en fantasmas, demonios y especialmente en un destino muy maligno, y sin embargo, en otros aspectos, son personas inteligentes, completamente conscientes de lo absurdo de estas ideas.

El consultar un oráculo significa, en principio, o bien forzar el permiso o el perdón por algo comúnmente prohibido, o bien un intento de desviar sobre Dios la responsabilidad por las cosas acerca de las cuales uno se siente culpable. Lo que se pide al oráculo es un permiso divino, el cual puede servir de contrapeso a la conciencia.

Un paciente recordaba que habitualmente efectuaba un ritual de oráculo para decidir si debía ceder o no a la tentación de masturbarse, es decir si la masturbación le sería permitida, sólo por una vez más. Cuando la suerte le era favorable, daba curso a su impulso, en la esperanza de que podía desplazar la culpa sobre los dioses. Si la suerte estaba en su contra, inventaba un pretexto para repetir el proceso del oráculo hasta que obtenía el permiso deseado. El desplazamiento de la culpa, por supuesto, fracasaba. No escapaba a los tormentos de la conciencia y sentía lo absurdo de pensar

que los mismos dioses que primeramente habían prohibido la masturbación, habrían de permitir la en esta ocasión. Un oráculo de esta índole es un recurso tendiente a lograr lo imposible: hacer que los padres que prohíben ciertas actividades las permitan y aun las estimulen.

En otro paciente la superstición se hallaba claramente orientada a conseguir perdón por la masturbación. Acostumbraba clasificar todo género de actividades en dos grupos: las que "traen buena suerte" y las que "traen mala suerte". Lo que decidía si una determinada actividad pertenecía a la primera categoría o a la segunda, no era su conducta, sino el destino. El sólo podía hacer conjeturas sobre qué es lo que trae buena o mala suerte. En el análisis se reveló que esta superstición había aparecido por primera vez en la adolescencia, con la idea siguiente: "El ponerme las manos en los bolsillos trae mala suerte". Esto significaba claramente: la masturbación será seguida de castigo. El hechizo se desplazó más tarde de los "bolsillos" a la "ropa". Algunos trajes eran afortunados, otros traían desdicha, según que el paciente los hubiera llevado en ocasiones dichosas o desdichadas. El paciente gozaba mucho en estar bien vestido. Quería ser elegante y constantemente temía ser vulgar. "Elegante" significaba "masculino", "vulgar" quería decir "castrado". Con estar bien vestido instigaba a los espectadores a darle la seguridad de que no estaba castrado. En la superstición, este mismo reaseguramiento era esperado del "destino", que habría de revelarles cuáles trajes traerían buena suerte.

El significado ambiguo de las predicciones de los oráculos corresponde a las exigencias contradictorias del ambivalente buscador de oráculos, que quiere una autorización para satisfacer sus necesidades instintivas y espera un rechazo. Trata de interpretar una predicción de doble sentido como una autorización, pero no es capaz de librarse de la sensación de que debía haberlo interpretado como una prohibición y una advertencia de castigo. Kris llamó la atención sobre la vinculación existente entre la interpretación de profecías ambiguas y la solución de acertijos. Un individuo que está tratando de reprimir la culpa y el significado de sus actos, es incapaz de resolver un acertijo, del mismo modo que es incapaz de entender correctamente una profecía. Y la sabiduría del héroe que resuelve todos los acertijos no debe haber consistido tanto en su inteligencia cuanto en la libertad emocional, libre de las trabas de la represión que le permitió reconocer la oculta verdad.

El motivo del "oráculo mal entendido" expresa también un conflicto de esta índole. Consiste en interpretar una expresión admonitoria de un oráculo como un reaseguramiento y constituye, por lo tanto, un intento de represión de sentimientos de culpa. La manera espantable en que se aclara finalmente el sentido verdadero del oráculo representa el retorno del sentimiento de culpa hasta entonces reprimido (442).

Aparte de forzar la autorización o el perdón, el oráculo es también un recurso para desviar la responsabilidad. También esto está condenado a fracasar.

Es frecuente la proyección de impulsos cargados de culpa sobre fantásticos "dobles" del yo, en un intento de eludir la responsabilidad. Los niños a menudo se dan otros nombres cuando son malos: "No soy yo quien hizo esto, sino X". Residuos de este primitivo intento de eludir la conciencia son típicos en ciertas perturbaciones del carácter.

La superstición puede ser usada también de otras maneras en la lucha contra la conciencia. Muchas personas tratan de combatir sus senti-

mientos de culpa mediante diversos actos de encantamiento, con el propósito de anular el acto por el cual se sienten culpables, o bien de negar su carácter culpable o el peligro de castigo. En algunos casos la fantasía no sólo sustituye a una realidad desagradable, sino que incluso niega la realidad (mágicamente percibida) en su totalidad.

El hecho de pensar significaba, en el caso de una paciente, un acto de encantamiento tendiente a evitar que suceda aquello que se ha pensado. Es improbable —se decía a sí misma— que algo suceda precisamente de la manera en que ella lo había pensado anticipadamente. De esta manera, imaginaba aquello que no quería que sucediera. Pensaba constantemente: "puesto que lo pensé, no es cierto". Tenía dudas, en ciertos momentos, sobre toda la realidad. Durante el análisis descubrió que se hallaba bajo una tensión crónica, esperando constantemente que cayera un telón y terminara con ello la representación, para dar comienzo a la vida real. Con una especie de despersonalización, veía a veces con asombro que la gente comiera y fuera al baño, como si ella creyera, por su parte, que las cosas del instinto son solamente cosas pensadas, nunca llevadas a cabo realmente. Solía tener sueños diurnos que eran historias de horror acerca de lunáticos. Su primer ataque de angustia ocurrió cuando fue testigo de un acceso de ira real de un psicótico.

El conocido fenómeno del "sueño en un sueño (552) puede servir a un propósito similar. Lo que se propone es negar la realidad del placer instintivo, para hacer posible, a pesar del temor al castigo, el goce que es "solamente soñado". También este intento puede fallar.

Un paciente recordaba que, siendo adolescente, solía experimentar en sueños situaciones tentadoras que no se atrevía a gozar, porque dudaba acerca de si se trataba de un sueño o eran realidad. Trataba de huir de este dilema mediante la siguiente observación, que hacía durante el día: "Cada vez que estoy en duda sobre si algo es sueño o realidad, puedo estar seguro de que es sueño; estando realmente despierto, no siento esta clase de dudas". Pero de nada le valió. En el sueño sexual siguiente volvió a surgir la duda.

LA ACTITUD FÍSICA DE LOS NEUROTICOS OBSESIVOS

El hecho de que en la neurosis obsesiva el proceso morboso se halla más internalizado que en la histeria, no significa que no existan síntomas físicos. La característica principal es el aislamiento de todos los procesos (intensificados) de pensamiento, de sus correspondientes emociones, y por lo tanto, de la expresión física. La tendencia a separar del pensamiento el comando del cuerpo, se refleja comúnmente en una rigidez física general, manifestada ya sea en un espasmo muscular, general o local, o en una leve hipotonía general. Algunas actitudes físicas de los pacientes sirven a la finalidad de "no permitir que el cuerpo sea influenciado por lo que ocurre en la mente". Fueron descritos por Reich como la "armadura física" de que se revisten estos pacientes, y que deberá ser perforada si se quiere que un análisis tenga éxito (1271, 1279). En su conjunto, el estado físico

del neurótico obsesivo es típicamente rígido, caracterizado por la retención y por una falta de disposición para las reacciones flexibles. En concordancia con el predominio del erotismo anal, estos pacientes son comúnmente constipados, o bien han logrado acostumbrarse a una regularidad rígida en materia intestinal.

EL PROBLEMA DE LA ETIOLOGIA DIFERENCIAL

El conflicto básico en la neurosis obsesiva es el mismo de la histeria: la defensa contra las tendencias censurables del complejo de Edipo. En cuanto al predominio de la angustia entre los motivos de la defensa en la histeria, y el de los sentimientos de culpa en la neurosis obsesiva, tampoco implican una diferencia en principio, ya que también aparecen sentimientos de culpa en la histeria y angustia en la neurosis obsesiva.

Lo que es patognomónico para la formación de síntomas, en la neurosis obsesiva, si se compara con la histeria, es la regresión sádicoanal. Esta regresión tiene que depender de uno de tres factores —o una combinación de los mismos—, a saber, de la naturaleza: 1) de los remanentes de la fase sádicoanal del desarrollo libidinoso, 2) de la organización fálica y 3) del yo defensivo (396).

1) El resultado de la primitiva fase sádicoanal constituye probablemente el factor crucial. Por lo general, la regresión ocurre con más facilidad cuanto mayor es la fijación. Bajo la influencia de la angustia de castración, son las personas que tienen las más fuertes fijaciones sádicoanales las que regresarán al estado de organización sádicoanal. Y las fijaciones pueden tener por causa (véase págs. 82 y sigs.): a) factores constitucionales; la herencia en la neurosis obsesiva demuestra que tiene importancia la intensificación constitucional de la erogeneidad anal (549, 1630); b) gratificaciones desusadas; c) frustraciones desusadas; d) una alternancia de gratificaciones desusadas y frustraciones desusadas (cuanto mayores son las gratificaciones previas, tanto más fácilmente las frustraciones ulteriores serán sentidas como traumáticas; e) la coincidencia de gratificaciones instintivas con gratificaciones de seguridad, es decir, con alguna negación de (o reaseguramiento contra) angustias específicas.

Las tendencias eróticoanales chocan en la infancia con la educación para los hábitos higiénicos, y de la manera en que esta educación es realizada depende que se produzcan o no fijaciones anales. Esta educación puede ser demasiado temprana, demasiado tardía, demasiado severa o demasiado libidinosa. Si se hace demasiado temprano, el resultado típico es una represión del erotismo anal, caracterizada por un temor y una obediencia superficiales y una tendencia profunda a la rebelión. Si se hace demasiado tarde, deben esperarse la rebelión y la terquedad como resultados. La severidad produce fijaciones a causa de las frustraciones que implica, y una conducta libidinosa de parte de la madre acarrea fijaciones a causa de la gratificación. Esta gratificación, sin embargo, es a menudo limitada, ya que la madre excita al niño pero prohíbe la gratificación de la excitación. Los laxantes son apropiados para aumen-

tar las tendencias a la dependencia. Las enemas crean al mismo tiempo una enorme excitación y angustia (626).

2) En cuanto a la organización fálica, su debilidad puede promover la regresión. Es fácil renunciar a algo que no es muy importante. Pero ¿qué es una “debilidad” de la organización fálica? Clínicamente, esta condición coincide probablemente con la anterior, porque cuanto más intensas son las fijaciones pregenitales más débil es la subsiguiente organización fálica. La regresión parece ser más fácil también cuando la amenaza de castración incide sobre los niños de manera traumática, es decir, si la posición fálica es repentinamente debilitada.

3) El yo que es especialmente apto para acudir al uso de la regresión con ánimo de defensa es “fuerte” en un sentido y “débil” en otro. La función crítica del yo y la necesidad de pensamiento preparatorio deben haberse desarrollado muy temprano, seguramente en la fase en que las funciones del pensamiento se hallaban orientadas aún en un sentido mágico. Pero esta misma necesidad del yo defensivo, en el sentido de comenzar a actuar tan temprano, hace que los métodos utilizados sean arcaicos e inmaduros. El yo del neurótico obsesivo debe ser bastante fuerte como para dar vigor a sus protestas contra los instintos en una fecha muy temprana, y demasiado débil, sin embargo, para mantener la lucha en ese conflicto con métodos más maduros. En oposición a esto, muchas personas que son inclinadas a un introvertido soñar diurno y que luego crean síntomas de conversión, presentan una relativa inhibición de sus funciones intelectuales.

Podría plantearse la pregunta de si realmente todos los casos de neurosis obsesivas tienen por base una regresión. ¿No podría suceder que ciertas perturbaciones del desarrollo durante la etapa sádicoanal hayan impedido completamente el desarrollo de un cabal complejo de Edipo fálico? (618).

Ocurren casos de esta índole, pero estos casos no representan la neurosis obsesiva típica. La enorme importancia del complejo de Edipo, de la angustia de castración y de la masturbación en la neurosis obsesiva típica, se halla bien establecida. Las perturbaciones del desarrollo durante la fase sádicoanal producen más bien personalidades sin síntomas compulsivos pronunciados, pero dotados de un carácter similar al de los neuróticos obsesivos, mezclado de rasgos generales de la infancia.

EVOLUCION Y RESUMEN

Las neurosis obsesivas de los adultos se dividen en dos grupos: las formas agudas —que son raras— y las formas crónicas, más comunes. Los casos agudos son precipitados por circunstancias externas. Estas circunstancias precipitantes no son diferentes de las que podrían precipitar cualquier otra neurosis. Se trata de conflictos sexuales infantiles que han sido reactivados, perturbaciones de un equilibrio hasta ese momento eficazmente

mantenido, entre fuerzas represoras y reprimidas, aumentos, ya sea absolutos o relativos, en la fuerza de los instintos rechazados, o de las angustias que a ellos se oponen (véase págs. 508 y sigs.). Para producir una neurosis obsesiva estos factores precipitantes deben actuar sobre una persona que haya tenido una apropiada predisposición desde la infancia, es decir, una persona que haya hecho una regresión sádicoanal durante la infancia. Esta regresión, es cierto, pudo haber abarcado solamente una pequeña parte de la libido, de modo que la genitalidad pueda haberse conservado en grado suficiente como para permitir que la pubertad se desenvuelva sin dificultades insalvables. Sin embargo, la defensa infantil debe haber optado en algún momento por la senda de la regresión, pues de otra manera no sería posible que un desengaño posterior —con la consiguiente reactivación del complejo de Edipo— produjera la regresión al nivel sádicoanal.

El tipo crónico es mucho más frecuente. Las neurosis obsesivas de esta índole comúnmente continúan más o menos sin interrupción desde la adolescencia, si bien ciertas circunstancias externas de carácter especial pueden precipitar exacerbaciones de tiempo en tiempo. Siguiendo a los leves síntomas compulsivos de la época del complejo de Edipo, los rituales compulsivos hacen su aparición, en forma más definida, en el período de la latencia, la época del desarrollo de las facultades intelectuales. La sexualidad que emerge en la pubertad toma un curso análogo al que siguió la sexualidad de la primera infancia, y se produce una nueva regresión al nivel sádicoanal. El superyó, con cuyas protestas entra ahora en conflicto la nueva ola de deseos sexuales sádicoanales, es incapaz él mismo de rehuir los efectos de la regresión. Se ha hecho más sádico, y se encoleriza contra las exigencias instintivas anales y sádicas, no menos que antes contra las genitales. Se enfurece también, implacablemente, contra los brotes de deseos fálicos edípicos propiamente dichos, deseos que han persistido junto a las pulsiones sádicoanales. “De esta manera el conflicto en la neurosis obsesiva se hace más agudo por dos razones: la defensa se ha hecho más intolerante, la cosa de que hay que defenderse, más insoportable, ambas cosas debido a un solo factor, la regresión de la libido” (Freud, 618).

La lucha continua en dos frentes y las adaptaciones a los síntomas, de parte del yo (conflictos defensivos secundarios, contracompulsiones contra síntomas compulsivos, nuevas formaciones reactivas, la tendencia de los síntomas a ir reemplazando su contenido de defensa por una gratificación), complican la evolución ulterior. Las formaciones reactivas pueden hacer surgir beneficios secundarios narcisísticos, tales como, por ejemplo, el orgullo de ser excepcionalmente bueno, noble o inteligente, dando lugar, frecuentemente, a la constitución de resistencias cuya superación, en el análisis de los neuróticos obsesivos, es de lo más difícil.

Tal como entre las fobias, hay entre las neurosis obsesivas casos estacionarios —en los que las defensas han tenido un relativo éxito— y casos progresivos. En estos últimos, o bien se producen “derrumbes” del equilibrio relativo, compulsivo, con la franca producción de angustia y depresiones (lo cual puede ser favorable al análisis), o bien hay un aumento

continuo de síntomas compulsivos, en marcha hacia los temidos estados finales de completa parálisis de la voluntad consciente.

He aquí un ejemplo sencillo de intensificación de la sintomatología: Un paciente tenía la compulsión de evitar el número tres, porque éste representaba, para él, sexualidad y pensamientos de castración. Para asegurar que el número tres habría de ser evitado, acostumbraba hacer todas las cosas cuatro veces. Un poco más tarde tuvo la sensación de que el número cuatro era demasiado cercano al tres. Por razones de seguridad, comenzó a preferir el cinco. Pero el cinco es malo por ser impar, y fue sustituido por el seis. Seis es dos veces tres, y siete es impar, de modo que se hizo ocho. Y durante años el número favorito del paciente fue el ocho.

No es fácil decir cuál es la causa que hace que una enfermedad se estacione o resulte progresiva.

Una complicación que puede ocurrir aun en los casos más leves es la de la ya mencionada ruptura del equilibrio relativo mantenido hasta cierto momento mediante síntomas expiatorios u otras limitaciones compulsivas del yo.

Los sucesos de carácter trastornador, no previstos en los sistemas del paciente, pueden abrir una brecha en la rigidez compulsiva. Lo opuesto a una “neurosis traumática” es una “cura traumática”, de carácter compulsivo.

Cuando ocurre tal cosa, queda demostrada la vinculación entre el síntoma compulsivo y el estado neurótico-actual y la angustia originales: la angustia es “ligada” secundariamente por el desarrollo de los síntomas obsesivos y compulsivos. Los rituales compulsivos que ocupan el lugar de anteriores fobias demuestran esta “fijación” de la angustia con la mayor claridad. Es cierto, no obstante, que esta angustia está siempre más o menos teñida de sentimientos de culpa.

La angustia y los sentimientos de culpa que han sido encubiertos por los síntomas compulsivos, reaparecen nuevamente cuando se analizan estos síntomas. A menudo, dado que los pacientes tienen el hábito de rechazar sus afectos y de no reconocerlos, éstos aparecen bajo la forma de equivalentes físicos y neurótico-actuales de la angustia.

En resumen, es en el concepto de regresión a la etapa sádicoanal de la organización libidinosa donde hay que buscar la explicación de las diferencias existentes entre la formación de síntomas en la neurosis obsesiva y en la histeria. La aparente contradicción que habría en el hecho de que los impulsos rechazados en la neurosis obsesiva se hallan compuestos de tendencias fálicas asociadas al complejo de Edipo y son, al mismo tiempo, de carácter sádicoanal, puede aclararse si se admite que la defensa se dirige primeramente contra el complejo de Edipo, sustituyéndolo con el sadismo anal, para volverse luego contra los impulsos sádicoanales. Muchas diferencias en el cuadro clínico se deben al hecho de que en la histeria la represión constituye el único mecanismo de defensa, mientras que en las neurosis obsesivas desempeñan su parte la formación reactiva, la anulación, el

aislamiento y la sobrecautela del mundo de los conceptos y las palabras (caso especial del aislamiento). El uso de estos mecanismos especiales de defensa se debe al hecho de que no son deseos genitales, sino sádicoanales, los que deben ser rechazados. El uso de mecanismos de defensa diferentes explica también el diferente alcance de la esfera consciente en los dos géneros de neurosis. Un hecho que se halla correlacionado con el factor de la regresión es la incidencia relativamente más tardía de la neurosis obsesiva. La introyección de los padres, en el ínterin, en el superyó, explica a su vez las diferencias en la internalización, en el predominio del superyó y en el relativo predominio de los síntomas punitivos y expiatorios sobre los de gratificación. La regresión es también la causa, además, de la peculiar severidad del superyó, dado que éste no puede eludir el efecto de tracción regresiva hacia el sadismo. El hecho de que, aparte de la producción de síntomas, la enfermedad afecta la personalidad total del paciente en un grado mucho mayor que en la histeria, debe estar relacionado también con el fenómeno fundamental de la regresión.

LA TERAPIA PSICOANALÍTICA EN LA NEUROSIS OBSESIVA

En lo que se refiere a la terapia analítica, la neurosis obsesiva es considerada como el segundo tipo de las "neurosis de transferencia" y como el segundo gran campo en que está indicado el psicoanálisis. Sin embargo, la consideración de los mecanismos implicados muestra cuánto más difícil es el análisis en la neurosis obsesiva que en la histeria. De hecho, las dificultades son tan grandes que, en casos graves, con una histeria de muchos años, se debiera ser muy cauto en cuanto a promesas de curación. A menudo es necesario conformarse con un grado más o menos considerable de mejoría.

¿Cuál es la naturaleza de las dificultades aquí implicadas?

1. El tipo especial de contracatexis característico de la neurosis obsesiva hace que la obediencia a la regla básica sea muy difícil o totalmente imposible. Esto se debe a una continua atención censora que no abandona por un minuto al paciente, y que le impele constantemente a huir de una asistemática asociación libre a programáticas y sólidas ideas acordes con la razón. Es como si el paciente, en lugar de expresar de viva voz sus experiencias subjetivas, le hiciera al analista el presente de un concienzudo, pero incompleto, índice del contenido o de los nombres de sus experiencias. Los intentos de instruir al paciente sobre lo que realmente se requiere de él, sirven de alimento, a menudo, a sutiles obsesiones. Superconcienzudo por vía de compensación, el paciente desea hacer todo lo que se requiere de él, pero aplica su afán en una dirección equivocada, poniendo en evidencia con ello que desea lo opuesto de lo que se propone conscientemente. Hallar la manera de que el paciente se haga una idea de la sensación de asociar libremente, evitando al mismo tiempo tanto el hecho de mantener discusiones teóricas y como el de proveerle de nuevo material para sus

cavilaciones, es tal vez la principal tarea técnica en el análisis de un neurótico obsesivo.

2. La internalización del conflicto y el papel desempeñado por el superyó, hacen mucho más difícil la tarea del análisis. Los histéricos miran sus síntomas como algo ajeno a su yo. El yo establece una alianza con el analista en el combate contra la neurosis. Esta atmósfera ideal de trabajo nunca se da en el caso de los neuróticos obsesivos. El yo está desdoblado. El analista sólo puede apoyarse confiadamente en una parte del yo. El resto del yo piensa de una manera mágica, no sujeta a lógica, y se coloca prácticamente del lado de la resistencia. La parte consciente de la personalidad puede cooperar mucho, pero en la medida en que esta parte se halla aislada de la parte inconsciente, mágica, las interpretaciones mejor concebidas resultan ineficaces, a menos que se quiebre ese aislamiento.

3. La regresión implica que el análisis, de hecho, tiene que avanzar, en profundidad, un plano más que en el caso de la histeria.

4. La regresión significa también que el carácter de las relaciones objetales del paciente ha cambiado. Se hallan regidas por tendencias sádicoanales, especialmente por la ambivalencia y la terquedad, que se ponen de manifiesto también en la transferencia. Los confusos sentimientos del neurótico obsesivo se ponen de manifiesto en las tendencias rebeldes contra el analista y los esfuerzos que al mismo tiempo realiza de someterse a él. Cada impulso es acompañado, en cierto modo, por su antítesis directa.

5. El aislamiento del contenido ideacional de sus correspondientes emociones representa una dificultad especial. Existe siempre el peligro de que el paciente sienta su análisis solamente como una forma de comprensión intelectual. Esta manera de sentirlo resulta inútil, por supuesto, mientras no sea analíticamente elaborada, sobre la base de que constituye una resistencia contra la vivencia emocional.

6. El pensamiento y el habla del neurótico obsesivo se hallan sexualizados. Pero el pensamiento y el lenguaje son los instrumentos del psicoanálisis. En el neurótico obsesivo se da, por lo tanto, esta situación: que debe ser curado con la ayuda de funciones que se hallan afectadas, ellas mismas, por la enfermedad.

Un paciente hizo una comparación que se ajusta al caso. Es como si se hubiera caído al agua —decía— con una toalla en la mano, y alguien tratara de secarlo con la toalla, que se había mojado junto con su cuerpo.

Este dilema, aparentemente, no tiene solución. Prácticamente, sin embargo, puesto que la personalidad consciente del paciente puede formarse un juicio sobre la irracionalidad de su conducta, este fragmento de yo intacto puede ser utilizado para llevar a cabo una primera, pequeña, parte del análisis, en la esperanza de que el proceso ha de resucitar otra porción del yo que pueda ser utilizada.

7. También en la histeria hay, ciertamente, beneficios secundarios, pero no se hallan nunca tan íntegramente refundidos en la personalidad como lo está el beneficio narcisístico de las formaciones reactivas en el

caracter del neurótico obsesivo. Muchos análisis han fracasado por no haber logrado el analista persuadir al "buen" neurótico obsesivo que redundaría en su beneficio el dejarse "corromper" un tanto por el análisis. El analista no sólo representa el superyó del paciente. Puede representar también el seductor, el agente del temido ello, con el cual el paciente, naturalmente, está en lucha.

8. Debe mencionarse también que la aparición, en el curso del tratamiento, de angustia o de síntomas físicos vegetativos que representan angustia, puede crear serias complicaciones en personas no acostumbradas a los afectos, y cuyos síntomas solían estar limitados únicamente a la esfera mental.

Toda esta serie de dificultades no son insuperables, pero no deben ser tampoco subestimadas. A causa de ellas, todo análisis de neuróticos obsesivos constituye una empresa difícil y que toma tiempo. Indudablemente hay neurosis obsesivas agudas que desaparecen en un tiempo relativamente corto. Pero el analista está más acostumbrado a ver los casos graves, de larga data, de personas que han tenido su neurosis obsesiva ininterrumpidamente desde el período de latencia. Éstos son los casos que requieren los consabidos análisis "largos". Pero es justo decir que estos largos análisis y la energía empleada en ellos merecen, frecuentemente, la pena, y que a menudo se ha logrado la curación aun en casos de muy larga duración.

Sólo en el curso de un análisis de prueba se puede obtener, en cada caso particular, una impresión acerca del grado a que alcanzan las dificultades arriba esbozadas, y permitir así la formulación de un pronóstico. Los casos de corta data son los más dóciles al tratamiento. Los "estados terminales", de transición a la esquizofrenia, y las perturbaciones del desarrollo que nunca alcanzaron la fase fálica, son los menos dóciles. Sin embargo, puesto que otros tipos de terapia son infructuosos en tales casos, corresponde aconsejar a todo neurótico obsesivo que intente al menos el psicoanálisis, siempre que las circunstancias externas lo permitan.

CAPÍTULO XV

CONVERSIONES PREGENITALES

OBSERVACIONES PRELIMINARES SOBRE LAS CONVERSIONES PREGENITALES

En los síntomas de la historia de conversión los deseos genitales de la esfera del complejo de Edipo encuentran una expresión deformada en alteraciones de funciones fisiológicas; en la neurosis obsesiva, estos deseos han sufrido cambios regresivos, y los síntomas expresan conflictos que giran alrededor de las tendencias regresivamente deformadas. Existe un tercer tipo de neurosis cuyos síntomas son indudablemente conversiones, pero los impulsos inconscientes expresados en los síntomas son pregenitales: mientras que la sintomatología, por su carácter, es de conversión, la estructura mental del paciente corresponde a la de un neurótico obsesivo. La orientación pregenital ha hecho cambiar la conducta del paciente tal como ha hecho cambiar la del neurótico obsesivo; una vez más, hacen su aparición la ambivalencia y la bisexualidad acrecentadas, la sexualización de los procesos del pensamiento y del habla, y la regresión parcial al pensamiento de tipo mágico. Siendo el cuadro clínico externo de esta neurosis el de una historia, sólo del psicoanálisis cabía esperar el descubrimiento de que su estructura íntima era otra.

Teóricamente era dable esperar que, tratándose de contenidos psicológicos pregenitales, fueran encontrados con más frecuencia en síntomas de conversión directamente relacionados con zonas erógenas pregenitales; así, por ejemplo, el hallazgo de material erótico-anal en casos que presentan síntomas intestinales. Hasta cierto punto, esta suposición efectivamente se confirma. En la historia infantil de muchos pacientes compulsivos nos encontramos con una referencia directa a perturbaciones intestinales psicógenas de la infancia. Estas perturbaciones pueden ser reactivadas durante un análisis y aparecer nuevamente bajo la forma de síntomas de conversión transitorios (599). Residuos de estas perturbaciones infantiles, tales como constipación o diarrea, se presentan también en forma de síntomas espontáneos en algunas neurosis obsesivas, pero no todos los síntomas de conversión intestinales son de este carácter. El papel que desempeña la fijación pregenital puede reducirse a la elección del órgano que ha de convertirse en asiento de los síntomas.

TARTAMUDEO

Los trastornos funcionales del habla que llegan a ser algo más que simples inhibiciones, constituyen un ejemplo típico del grupo de las neurosis de conversión pregenital. El síntoma del tartamudeo revela, más rápidamente que otros síntomas de conversión, ser resultado de un conflicto de tendencias antagónicas. El paciente demuestra que desea decir algo y que al mismo tiempo no lo quiere decir. Pero puesto que conscientemente tiene la intención de hablar, debe tener alguna razón inconsciente para no querer hablar, y esto tiene que deberse necesariamente a algún significado inconsciente del hecho de hablar, ya sea que este significado se refiera a la cosa particular que se está por decir, o al hecho de hablar en general.

Cuando una persona comete un *lapsus linguae*, se debe al hecho de que inconscientemente está resistiendo de algún modo lo que conscientemente se proponía decir (553). El análisis de un lapsus revela cuál es la tendencia que ha perturbado la original intención de hablar. Cuando una persona, en vez de cometer un *lapsus linguae*, simplemente comienza a tartamudear un poco, es evidente que algún motivo inconsciente ha perturbado su intención, pero no podemos imaginar cuál es ese motivo (596). Si un tartamudeo ocasional como éste se produce regularmente como respuesta a un estímulo específico, el conocimiento del estímulo puede servir como punto de partida para el análisis del factor perturbador. Pero si una persona no tartamudea solamente como reacción a ciertos estímulos, sino que lo hace más o menos todas las veces que habla, el factor perturbador debe tener su raíz en el hecho de que la misma intención de hablar tiene una significación censurable. Ciertos tipos de tartamudeo ocasional, por lo tanto, pueden deberse al significado instintivo inconsciente de la cosa que la persona está por decir, mientras que en los casos graves de tartamudeo es la función misma del habla la que representa un impulso instintivo censurable.

Al ocuparnos de la neurosis obsesiva quedó aclarado que ciertos factores y estados conducían a la sexualización del habla, que dicha sexualización es habitualmente de carácter anal y que esto tiene consecuencias específicas. Todo esto es válido también para el tartamudeo.

El análisis de tartamudos revela, como base de este síntoma, el universo de deseos sádicoanales. La función del habla tiene comúnmente para los tartamudos un significado sádicoanal. El hecho de hablar significa, en primer término, pronunciar palabras obscenas, especialmente de carácter anal, y en segundo lugar, un acto agresivo dirigido contra el que escucha.

La ocasión en que mejor se evidencia el carácter eróticoanal del habla es cuando, en un análisis, se comprueba que una situación específica, que provoca un tartamudeo o lo acentúa, constituye una tentación anal. El habla, ya sea en general, o bien en ciertas situaciones, es concebida, inconscientemente, como una defecación sexualizada. Las mismas razones que en la infancia se oponían al juego placentero con las heces, hacen nuevamente su aparición en forma de inhibiciones o prohibiciones del placer de jugar con las palabras. La expulsión y la retención de palabras significa la expul-

sión y retención de las heces, y la retención de palabras, lo mismo que antes la retención de heces, puede significar realmente, ya sea un reaseguramiento contra una posible pérdida, ya una actividad autoerótica placentera. Se puede hablar, en el caso del tartamudeo, de un desplazamiento hacia arriba de las funciones de los esfínteres anales (708, 1406, 1461).

Dos situaciones que se observan con frecuencia, y que provocan o aumentan el tartamudeo, tienen relación con el significado sádico de éste. Sucede con mucha frecuencia que un paciente se pone a tartamudear al sentirse particularmente ansioso de demostrar algo. Detrás de su aparente afán ha ocultado una tendencia hostil o sádica a destruir a su adversario por medio de palabras, y el tartamudeo significa a la vez el bloqueo de esa tendencia y el castigo por la misma. Con más frecuencia todavía, el tartamudeo se exagera en presencia de personas prominentes o investidas de autoridad, es decir, de figuras paternas, contra las cuales la hostilidad inconsciente reviste una máxima intensidad.

Garma observó una vez una paciente que, agregado a un grave tartamudeo, sufría de un temor de dañar a alguien. La muchacha tenía la creencia, en particular, de que en el coito la mujer puede lastimar al hombre. Tuvo además diversos sueños diurnos, en los cuales se sentía capaz de destruir con una mirada el mundo entero y matar a todos los hombres.

En los sueños hablar es símbolo de vida y estar mudo es símbolo de muerte (552). El mismo simbolismo es válido para el tartamudeo. Cuando el tartamudo se siente incapaz de hablar, su vacilación expresa a menudo su deseo de matar, vuelto contra su yo.

Por las mismas razones que en la neurosis obsesiva, una sexualización sádicoanal de la función del habla significa también una reactivación de la etapa infantil en que las palabras eran omnipotentes (457). "Las palabras pueden matar", y los tartamudos son personas que inconscientemente creen que es necesario usar con cuidado un arma tan peligrosa.

La circunstancia de que las palabras obscenas y las palabras que sirven para maldecir hayan conservado una parte más considerable de su significación mágica primitiva que otras palabras (451, 1154) (véanse págs. 353 y 396 y sig.), tiene importancia en el psicoanálisis de tartamudos. Para muchos de ellos toda ocasión de hablar constituye una tentación inconsciente de usar palabras obscenas o blasfemantes, destinadas a atacar al que los escucha, violentamente o sexualmente.

El significado sádicoanal de este síntoma se halla en armonía también con la manera de ser típicamente sádicoanal del tartamudo, que es idéntica a la manera de ser del neurótico obsesivo.

La regresión sádicoanal interpolada entre las fantasías edípicas primitivas y el síntoma del tartamudeo es a veces directamente observable.

Alfhild Tamm relató el caso de un joven que tuvo primeramente un período de conflicto relacionado con la masturbación genital; más tarde reemplazó esta práctica

con la masturbación anal, y sólo después de la supresión de estas prácticas anales comenzó a tartamudear (1527).

El hecho de que los deseos sádicoanales desempeñen el papel preponderante en el tartamudeo, no significa que otras formas de erotismo u otros componentes impulsivos no formen parte del mismo. Junto al componente sexual, que es dominante, pueden participar aquí accesoriamente, como en otros síntomas, todo género de componentes instintivos infantiles. Tres son las *integrantes* instintivas que desempeñan comúnmente un papel característico en el síntoma del tartamudeo: el fálico, el oral y el exhibicionista.

1. *Impulsos fálicos*: Frecuentemente la función del habla se halla vinculada inconscientemente a la función genital, especialmente la masculina. Hablar significa potencia; incapacidad de hablar significa castración (214, 215, 220, 520, 892). En los niños se evidencia a menudo que el ansia de hablar bien se ha desarrollado como sustituto de una competencia fálica [“¿puedo hablar tan bien como mi padre?” (473)]. Las niñas que sienten una ambición similar, tienen el deseo inconsciente de actuar genitualmente igual que los hombres. Todos los conflictos que implican ideas de potencia o castración pueden hallar expresión, por lo tanto —aunque de un modo regresivamente deformado—, en el tartamudeo. El tema de sufrir una extirpación de la lengua constituye un hallazgo frecuente en mitos, cuentos de hadas, sueños y fantasías neuróticas, como símbolo de castración; la lengua, como órgano del habla, aparece como símbolo fálico.

Ya hemos mencionado el caso de la paciente para quien el hecho de hablar en público tenía un intenso significado uretral (de potencia) (véase pág. 347). Cuando “se le agotaban las palabras” tenía que beber agua, después de lo cual estaba nuevamente en condiciones de actuar.

Otra paciente tenía la convicción de que un cirujano que le había extirpado las amígdalas cuando niña, le había sacado, por error, la úvula. Únicamente después de ser analizado su complejo de castración, estuvo en condiciones de convencerse de que su úvula era normal.

La aparición de tendencias fálicas en el tartamudeo constituye una prueba de que la orientación anal del paciente ha sido producida por una regresión. Algunos casos en que dichos elementos fálicos no se encuentran, pueden también deberse ocasionalmente a una detención del desarrollo en las etapas pregenitales.

2. *Impulsos orales*: El habla es, en su sentido más lato, una actitud respiratorio-oral. El placer erógeno en el habla es, en sí mismo, erotismo respiratorio-oral, y de hecho el destino de la libido respiratorio-oral es un elemento significativo en el desarrollo de los trastornos del habla. La regresión, en el tartamudeo, frecuentemente no se ha interrumpido en el nivel sádicoanal; también el erotismo oral pasa a primer plano, con conflictos promovidos tanto alrededor de deseos de incorporación de objetos como

alrededor de deseos orales autoeróticos. La gravedad de cada caso depende de la importancia relativa del componente oral.

Ocasionalmente, las palabras que deben y no deben ser pronunciadas tienen, en el plano más profundo, el significado de objetos introyectados. Conflictos que originariamente tuvieron lugar entre el paciente y un objeto, se expresan ahora mediante un conflicto entre el yo y sus productos del habla (con significado de heces).

El tartamudo puede no sólo tratar inconscientemente de matar por medio de palabras; en el plano a que ahora nos referimos su síntoma expresa también la tendencia a matar sus propias palabras, como representativas de objetos introyectados.

Coriat, que estudió muchos casos de tartamudeo (291, 292, 293), quedó más impresionado por la participación del autoerotismo oral que por los conflictos acerca de la introyección. El tartamudo —dice— en vez de utilizar la función del habla con propósitos de comunicación, la usa para lograr sensaciones placenteras en los órganos del habla. Coriat llega, incluso, a negar al síntoma el carácter de conversión, manifestando que nada ha sido “convertido”, dado que la persona simplemente cede a la tendencia de jugar para lograr sensaciones orales placenteras (291). Todos los tartamudos probablemente admitirán, sin embargo, que el síntoma es molesto y penoso, y de ningún modo placentero, y que se hallan tan lejos de estar enterados de las fantasías sádicoanales y sádicoorales que se expresan en el síntoma, como de sus ideas edípicas y de castración. De este modo, si bien los tartamudos se proponen el logro de placer erógeno oral, el tartamudeo no deja de ser básicamente una neurosis de conversión pregenital.

Una intensa erogeneidad oral se expresa también, frecuentemente, en una ambición altamente desarrollada en el terreno del habla. A veces esta ambición se desarrolla después del síntoma y constituye una reacción sobrecompensatoria al mismo. Demóstenes no fue el único hombre que llegó a ser orador por haber sido tartamudo.

Un acentuado interés en lenguas extranjeras y problemas filológicos que presentaba un paciente, unido a una elevada y específica ambición en relación con los mismos, pudo ser revelado por el análisis como una sobrecompensación de sentimientos de inferioridad que se debían a un período olvidado de la infancia en que padecía de tartamudeo, cosa por la que se le fastidió bastante.

En otros casos la ambición se desarrolló antes y el síntoma sobrevino más tarde, una vez que la ambición llegó a representar tendencias prohibidas, ya sea sexuales o agresivas. En algunos casos de tartamudeo esta ambición oral no se limita al habla, remontándose su origen, incluso, a una época anterior a la capacidad de hablar. Se da el caso de deseos infantiles narcisistas de ser capaz de hacer más ruido (oral o anal) que los adultos, que reaparecen más tarde bajo formas bastante grotescas (120, 463). El significado primitivo de tales deseos reside a veces en la idea de ser capaz

de comer tanto como los adultos; esto puede ser una defensa, por vía de la "identificación con el agresor" (541), contra el miedo de ser comido.

Ambiciones orales de esta índole se destacan a veces con toda claridad no sólo en la función de pronunciar palabras sino también en la de "ingerir" palabras, en el acto de oír o de leer, con el significado inconsciente, en ambos casos, de "comer" (124, 1512).

Antes de convertirse el habla en un medio práctico de comunicación, las actividades de los órganos del habla tuvieron una función puramente libidinosa y de descarga. El desarrollo va desde la etapa del balbuceo y el chillido autoerótico (1419), a través de las etapas de influenciamiento mágico del ambiente por medio del aparato vocal (457), a la gradual adquisición del entendimiento de las palabras (249, 251, 252), hasta llegar finalmente a la etapa en que el lenguaje es empleado intencionalmente como medio de comunicación. Esta evolución implica un proceso sumamente complicado y sujeto a perturbaciones en diversos momentos de su desarrollo. Desgraciadamente, este proceso evolutivo aún no ha sido estudiado psicoanalíticamente en sus detalles.

Los casos graves de tartamudeo ofrecen la oportunidad de estudiar este proceso evolutivo a través de la comprensión de la naturaleza de sus perturbaciones.

El habla es un medio de comunicación. En los casos leves de tartamudeo, la comunicación con los objetos se sexualiza, ya sea en forma completa o en asociaciones específicas, con lo que queda perturbada el habla. En los casos más graves de tartamudeo, se ha renunciado íntegramente a la función de comunicación y se intenta nuevamente el uso autoerótico de los órganos del habla.

3. *Impulsos exhibicionistas*: Ya quedó indicado, al destacar las relaciones entre tartamudeo y ambición, el papel decisivo del exhibicionismo en el tartamudeo. En los casos en que el síntoma sólo es provocado en ocasión de hablar en público, es evidente la acción de una inhibición de una tendencia exhibicionista. El tartamudeo que se produce solamente cuando se está hablando en público se asemeja a otras neurosis estructurales sobre la base de impulsos exhibicionistas inhibidos, tales como la eritrofilia, el miedo al tablado y los temores sociales. Bajo la acción intensa del miedo al tablado, un actor puede no sólo olvidar su parte, sino ponerse realmente a tartamudear (501, 522).

El tartamudeo exhibicionista se basa en la idea de influenciar mágicamente a un auditorio mediante palabras omnipotentes. Cuando tal intención se convierte en cosa prohibida, la inhibición del habla resulta forzosa. Los fines inconscientes directamente erógenos no son los únicos en el exhibicionismo censurable; del mismo modo que en el exhibicionismo perverso, la reacción del auditorio es requerida como reaseguramiento contra la angustia de castración y como satisfacción de alguna necesidad narcisística, y los medios por los cuales esa reacción es requerida pueden ser inconsciente-

mente muy sádicos. A causa de la manera sádica, inaceptable, en que es buscado ese reaseguramiento, la angustia de castración, que es lo que ha hecho necesario tal reaseguramiento, se intensifica aún más; a causa de esto se hace forzosa una inhibición del exhibicionismo, y el resultado es el tartamudeo. En el hombre, este tipo de tartamudeo significa: "Los recursos de encantamiento exhibicionista con que he buscado reasegurarme contra la castración, pueden traer como resultado, en realidad, mi castración". El exhibicionismo en la mujer, desplazado de los genitales, trata de lograr un reaseguramiento contra un sentimiento de inferioridad debido a la falta de pene. Este tipo de tartamudeo significa: "Va a resultar ahora que realmente no tengo pene".

Hablar significa hechizar. El objetivo del orador es conseguir el aplauso que necesita para combatir sus temores. Si existe el peligro de no lograrlo, el orador sádico puede sentir la necesidad de obligar al auditorio por la violencia a darle lo que necesita. Puede sentir que necesita incluso castrar o matar a sus oyentes. O bien puede tratar de lograr sus fines de acuerdo con esta otra idea: para asegurar la influencia sobre un auditorio, necesita demostrar que tiene poder sobre el mismo. En tales circunstancias, el tartamudeo significa: "Deja de hablar antes de que realmente hayas matado o castrado a tus oyentes", o bien: "Deja de hablar antes de que resulte que la verdad no es que ellos dependen de ti sino que tú dependes de ellos" (446).

El yo del tartamudo, como el del neurótico obsesivo, tiene que combatir en dos frentes a la vez: contra sus impulsos censurables y también contra el superyó, sádico y arcaico ahora, por regresión. Muchos tartamudos sacan a luz su síntoma solamente cuando éste los coloca en una situación desventajosa, dando la impresión de que lo usan para satisfacer las exigencias de un superyó excesivamente severo. Cuando el síntoma aparece solamente en presencia de personas de autoridad, esto no es solamente porque el paciente es especialmente agresivo contra ellos, sino también porque puede estar previendo las serias consecuencias de un fracaso.

Numerosos beneficios secundarios pueden estar vinculados al tartamudeo. Se destacan especialmente, a este respecto, dos tipos característicos: 1) Superficialmente, el tartamudo, es cierto, puede parecer gracioso; pero inspira, sin embargo, piedad, cosa que puede convertir en su provecho. 2) En un plano más profundo, el tartamudeo ofrece la oportunidad de gratificación de un sentimiento de desprecio, aumentado por la regresión patógena; en pequeña medida, el tartamudo puede hallar una verdadera gratificación de la agresión latente en el síntoma.

En algunos casos leves el síntoma puede estar reducido a determinadas letras o a determinadas combinaciones de palabras. En estos casos, el análisis demuestra la existencia de una relación asociativa entre esas letras o palabras y los conflictos sexuales infantiles, lo mismo que en las inhibiciones de la lectura y la escritura.

En cuanto a la terapia psicoanalítica para tartamudos, la principal dificultad consiste en que se halla perturbada la función del habla, y el hablar constituye el instrumento mismo del psicoanálisis. Pero ésta no es la única

dificultad a superar. Habiendo vuelto, a causa de una regresión patógena, al nivel sádicoanal, los tartamudos presentan en el análisis, por lo general, las mismas dificultades que los neuróticos obsesivos. El pronóstico para tales análisis, por ello, es, en general, el mismo que en la neurosis obsesiva. Cuando el tartamudeo representa un "estado de inhibición" más bien simple, el pronóstico es mucho más favorable, y se conocen informes de curas rápidas (154, 155, 213, 292, 346, 1406, 1527). Los tipos profundamente pregenitales de tartamudeo son tan difíciles de influir como otras neurosis pregenitales. Resulta favorable, sin embargo, el hecho de que el síntoma del tartamudeo, en sí mismo, puede ser a menudo eliminado antes de que los elementos pregenitales subyacentes hayan sido exhaustivamente elaborados en el análisis. En general, debe aconsejarse el tratamiento psicoanalítico y se debe emprender un análisis de prueba con las mismas precauciones que en la neurosis obsesiva (cfr. 212, 1026, 1027, 1115, 1119, 1415).

TIC PSICOGENICO

El síntoma del tic psicogénico debe su origen al mecanismo de la conversión. Al igual que en el caso del calambre, la parálisis, la contractura o los ataques de gran histeria, también aquí la musculatura voluntaria del cuerpo se niega a servir al yo y funciona independientemente de la voluntad. Con todo, ya el mismo cuadro clínico externo del tic nos muestra que es diferente de la histeria. Mucho antes de existir el psicoanálisis, los observadores clínicos distinguieron el tic de la histeria. El carácter estereotipado del tic no es común en los síntomas simplemente histéricos, y parece conferir al tic un carácter más cercano a las manifestaciones catatónicas. De hecho, el paciente con tic ostenta todos los rasgos arcaicos propios de una personalidad "regresada". No sólo tiene su carácter compulsivo, sino que manifiesta también, por regla general, una orientación narcisista. La denominación de tic psicogénico abarca probablemente una serie de eslabones que van desde la histeria de conversión a la catatonía. Algunas formas de tic parecen, incluso, estar más vinculadas a las compulsiones. El tic típico, es cierto, se manifiesta de un modo diferente. Los individuos compulsivos, en sus actos, se ajustan voluntariamente a sus patrones motores (obedeciendo, por supuesto, a un mandato ajeno a su yo), ya que el tic se produce independientemente de la volición y es un acto automático; sin embargo, los patrones motores compulsivos de larga data pueden convertirse gradualmente en movimientos automáticos de tic (1018).

Los tics pueden producirse en cualquier parte de la musculatura voluntaria. Pueden compararse a los síntomas motores específicos de las neurosis traumáticas, los cuales, como lo hemos destacado (véase págs. 143 y sig. y 149), son movimientos que tienen su origen en situaciones pasadas, ya sea expresadas o bien interrumpidas en el momento de su expresión. En las neurosis traumáticas es la cantidad abrumadora de excitación lo que causa las ulteriores expresiones motrices involuntarias. En el tic, el acto

total del que forma parte el movimiento ha sido reprimido, y los impulsos motores reprimidos vuelven, contra la voluntad del yo.

Las situaciones reprimidas cuyas intenciones motrices vuelven en el tic, son intensamente emocionales, y representan, una vez más, o bien tentaciones instintivas o castigos de impulsos rechazados. En los tics, un movimiento que alguna vez fue signo concomitante de un afecto (excitación sexual, rabia, angustia, aflicción, triunfo, turbación), se ha convertido en equivalente de este afecto, y aparece en lugar del afecto rechazado.

Esto puede ocurrir de diferentes maneras: 1) El tic representa una parte del primitivo síndrome afectivo, cuyo significado psíquico permanece inconsciente. 2) El tic representa un movimiento cuyo significado inconsciente es una defensa contra el de afecto que se quería crear. 3) El tic no representa directamente un afecto ni una defensa contra un afecto, sino más bien otros movimientos o impulsos motores que tuvieron lugar durante una excitación emocional reprimida, ya sea del paciente o de otra persona con quien el paciente ha hecho una identificación histórica (492, 493).

Todo esto adquiere su máxima claridad en aquellos casos que se parecen en su estructura a ataques histéricos. La masturbación genital, luego de ser reprimida, puede ser desplazada desde abajo y hacer su aparición como tic (357, 467, 733, 1265). Otros tics representan movimientos usados para rechazar impulsos hostiles o movimientos de una persona con la que el paciente se ha identificado inconscientemente.

El tic de cierto paciente, consistente en un movimiento de trepidación de la mandíbula, que en un plano más superficial tenía el significado de un reaseguramiento contra el temor de una paralización mandibular, resultó ser una imitación del bostezo del padre del paciente. Este bostezo del padre había sido percibido como una amenaza sexual, la que fue contestada con una identificación con el agresor.

Hay muchos tics que no son solamente un equivalente motor involuntario de la actividad emocional en general, sino perturbaciones de una función emocional especial, aún no investigada suficientemente por el psicoanálisis: la expresión mímica de sentimientos y emociones (986). Los síndromes arcaicos de descarga de afectos consisten, en parte, en invenciones de la musculatura mímica. Este hecho convierte las expresiones mímicas en un medio arcaico de comunicación entre las personas. Para los niños pequeños, mientras no han adquirido la capacidad de hablar, es éste el único medio, y entre adultos continúan rigiendo muchas de las relaciones interpersonales (525, 998, 1517). Aun cuando los casos de verdadero acceso emocional ya son raros, la expresión facial constituye un involuntario equivalente de los afectos, que informa a los espectadores, por empatía, de la naturaleza de los sentimientos del sujeto.

El juego involuntario de la musculatura facial puede ser considerado como un modelo normal del tic. En algunos tipos de tic, un afecto representativo de expresiones mímicas se ha independizado.

Un paciente con tic, muy próximo a la histeria, había sido educado de acuerdo con el principio de "no demostrar nunca las emociones". El tic representaba la

expresión mímica de un llanto suprimido del que no estaba enterado. Se producía siempre que surgía algo que podría haber provocado llanto o que le recordaba esto: "No debes expresar tus emociones". Tenía, en efecto, una tendencia a llorar con facilidad, y durante cierto período de su análisis, cuando el tic como medio de impedir el llanto hubo sido analizado, pero no el significado inconsciente del llanto mismo, efectivamente lloró mucho. La tendencia a llorar tenía un significado uretral, y los conflictos vinculados al hecho de "no expresar emociones" significaban conflictos acerca de mojar la cama.

En el caso de otro paciente, resultó que el tic facial representaba una intención (prohibida) de carcajada triunfal dirigida contra el padre, y más tarde contra el propio superyó.

Lo que se ha dicho de la integrante exhibicionista en el tartamudeo, es válido también para el tic. La exhibición se propone el logro de un reaseguramiento narcisístico; el intento puede fallar, y terminar en una nueva herida narcisística.

Hay una relación definida entre el tic y el juego de los niños (y los actores) con sus expresiones faciales. "Hacer muecas" es un juego que gusta a todos los niños, y "no pongas una cara tan fea, que podría quedarte así para siempre", es la amenaza habitual contra ese juego. Algunos tics tienen la apariencia de una materialización de tal amenaza.

¿Cuál es el significado inconsciente del juego de hacer muecas? 1) Se goza en el juego activo de ser feo de una prueba de que la persona controla la belleza y la fealdad, es decir, que uno no está castrado definitivamente, puesto que puede producir y anular la castración a voluntad. 2) Ser feo significa poder atemorizar a los demás, es decir, ser poderoso, y esto es percibido como un reaseguramiento. 3) Representar el papel de feo (castrado) es un recurso arcaico para despistar a los poderes que quieren hacerle a uno feo (castrar) (296, 483, 500, 634). 4) Jugar a ser feo (castrado) sirve de gesto mágico de ataque al espectador. "Te estoy mostrando cuán feo (cuán castrado) estás obligado a ser tú".

La sensación de cosa siniestra que produce el sentir que los músculos faciales ya no obedecen y actúan independientemente significa que dichas técnicas han fallado, que uno no controla el poder de castrar y que el castigo de fealdad permanente (castración permanente) ya está ahí.

La independencia de los impulsos motores emocionales del tic con respecto al yo organizado, constituye, por lo tanto, el principal problema del tic. Ya se ha dicho antes que algunas formas más simples de tic parecen no diferir mucho de un acceso histérico. Un impulso previamente reprimido emerge de la represión y aparece bajo una forma disfrazada. Los casos más característicos, sin embargo, parecen hallarse perturbados en un sentido mucho más profundo. La capacidad del yo de controlar las perturbaciones motoras parece faltar o ser insuficiente. En lugar de actuar como medio de acción voluntaria y dirigida, la musculatura se ha convertido otra vez, en mayor o menor grado, en un instrumento para la descarga inmediata (1012, 1100). Existe una falta de organización del yo. Los impulsos y afectos individuales no están integrados en un todo. Esta falta de

integración determina la diferencia entre un tic típico y una histeria de conversión. Puede tener base orgánica, por lo menos en ciertos casos. Psicológicamente, está siempre vinculado a una profunda regresión pregenital (o una detención pregenital en el desarrollo), que se ha intercalado entre el complejo de Edipo y el síntoma.

El estudio de la personalidad del paciente con tic demuestra que su vida mental presenta una clara orientación pregenital. El tic representa, una vez más, una "conversión pregenital". De hecho, esta denominación ha sido introducida por Abraham para describir la naturaleza del tic (22).

Los dos factores importantes observados en la vida mental de los pacientes con tic, según autores clínicos que se han ocupado del tema (22, 321, 492, 493, 954, 976, 996, 1049) son: primero, su carácter anal bien definido, y segundo, su manera de ser pronunciadamente narcisista. En los casos graves de tic múltiple (*maladie des tics*) todas estas características son aún más sobresalientes que en pacientes con movimientos de tic aislados e individualizados. La orientación anal de los pacientes con *maladie des tics* se evidencia a menudo de primera intención viéndoles toser y escupir, por las contracciones, los juramentos y la coprolalia, que forman parte de su síndrome (492, 1100). El uso de la musculatura para la descarga inmediata en vez de la acción dirigida, es aquí síntoma de una intolerancia para la tensión y la espera, comparable a la intolerancia correspondiente en otras personalidades infantiles.

El carácter anal tiene el mismo origen que en los neuróticos obsesivos y en los tartamudos. Representa principalmente una regresión sádico-anal a partir del complejo de Edipo. En una minoría de casos puede representar un desarrollo detenido en la etapa pregenital. Del mismo modo que el incremento eróticoanal daba lugar a una intensificación del erotismo respiratorio-oral del habla en el tartamudeo, produce la intensificación de un ya intenso erotismo muscular en el tic. Este erotismo muscular es manifiesto en los casos en que el tic representa un simple equivalente de la masturbación (357, 733, 1265).

La orientación narcisística aparece, en los casos de tic, en diversos grados y medidas. En algunos casos se comprueba, por lo menos en las fantasías inconscientes, tanta capacidad para las relaciones de objeto como en el común de los neuróticos obsesivos. Otros pacientes parecen haberse excluido del mundo de los objetos de una manera más completa. Los músculos que actúan como personalidades independientes del yo pueden representar realmente objetos introyectados, y los músculos que así se mueven, involuntariamente, pueden ser temidos y odiados por el paciente, en un nivel narcisístico, del mismo modo en que los objetos amenazadores habían sido temidos y odiados antes. La relación entre el yo y los músculos rebeldes reemplaza, en personalidades narcisistas, las relaciones de objeto perdidas. Las catexis de objeto, por una regresión narcisista, son reemplazadas por catexis de representaciones de órganos; los músculos tratan de descargar la catexis de sus "representaciones", acumulada como en la hipocondría. Ferenczi se refirió a las "huellas mnémicas musculares" que son

“abreaccionadas” en el tic. Al paso que en la histeria es el recuerdo de las experiencias reprimidas bajo la forma de fantasías objetolibidinosas el que irrumpe contra la voluntad del yo, lo que irrumpe en el tic narcisístico son las correspondientes huellas mnémicas narcisísticas órganolibidinosas (492).

Si se tiene en cuenta que las descargas motoras diferidas de impresiones excitantes constituyen un síntoma típico de las neurosis traumáticas, es fácil de comprender que los tics se produzcan frecuentemente en neurosis que son una mezcla de neurosis traumáticas y psiconeurosis (ver págs. 603 y sigs.), como por ejemplo, en neurosis desarrolladas bajo la influencia atemorizante de una escena primaria.

Un caso muy interesante de tic, relatado por Kulovesi, demostró haber tenido su causa en una escena primaria, experiencia que tuvo lugar en la primera infancia del paciente (996). En la excitación producida al asistir a tal escena, el asustado niño refrenó ciertos impulsos motores, especialmente impulsos de chillar y llorar. Los movimientos contenidos en ese momento se repitieron así posteriormente, durante toda su vida, bajo la forma de un tic. Quedó fijado a la escena primaria, y regresaba a ella, posteriormente, todas las veces que sufría un desengaño en la vida. La opinión sostenida por Melanie Klein, de que en los casos de tic debe considerarse que infaliblemente la escena primaria ha sido captada por el oído, no parece convincente (954). Es más probable que la específica orientación eróticomuscular con que los pacientes de este tipo experimentan probablemente la escena primaria esté vinculada a sensaciones excitantes de sensibilidad profunda y del equilibrio. Generalmente las disfunciones psicogénicas del sistema muscular se hallan íntimamente entrelazadas con defensas contra sensaciones corporales y cenestésicas (410). No es raro el caso de que el recuerdo de una escena primaria sea desplazado y representado por una huella mnémica de los canales semicirculares (526).

En cuanto al pronóstico para el psicoanálisis de pacientes con tic, deben ser excluidos, ante todo, los casos de origen orgánico. En los demás casos, el resultado dependerá de la estructura mental específica. Las formas histéricas y compulsivas de tic responderán al tratamiento exactamente como lo hacen las histerias y las neurosis obsesivas; las formas catatónicas se mostrarán tan refractarias como las catatonías. En vista del hecho de que es característico de los casos graves más típicos de tic su orientación narcisista, el tratamiento psicoanalítico tendrá que ser dificultoso. Esto no deja de ser verdad, por cierto, en las perturbaciones graves del yo en la *mala-die de tics*. Sin embargo, en casos en que había una adecuada capacidad de transferencia, un análisis prolongado condujo al éxito terapéutico.

ASMA BRONQUIAL

Del asma bronquial nos hemos ocupado ya, como órganoneurosis del aparato respiratorio (véase págs. 288 y sig.). Mencionamos allí que prácticamente en todos los casos se hallan implicados también síntomas de con-

versión. Ahora debemos agregar que estos síntomas de conversión son de naturaleza pregenital. Al ocuparnos de la base órgano-neurótica del asma bronquial, se vio con claridad qué condiciones físicas son las que hacen posible esta clase de conversiones. El contenido inconsciente de las conversiones asienta regularmente en profundos conflictos respiratorios-orales relacionados con la madre o con un sustituto de la madre. En general, las perturbaciones psicogénicas de la respiración son primariamente equivalentes de angustia. Todas las veces que estos equivalentes se expresan primariamente en el aparato respiratorio, la angustia, ya sea que se refiera primitivamente a pérdida de amor o a castración, es percibida como un temor de asfixia (735, 741). En el ataque asmático, la expresión de este temor se combina con un grito de socorro dirigido hacia una figura materna, concebida como omnipotente y percibida todavía en un nivel pregenital, sin que sea posible distinguir aquí la idea de protección de la de satisfacción sexual. Por regla general, esta “satisfacción sexual protectora” es percibida inconscientemente como el fin de una introyección respiratoria (420).

Es de acuerdo con el carácter pregenital de la conversión básica que los pacientes con asma presentan principalmente un carácter compulsivo, con todos los rasgos de una orientación sádico-anal intensificada (ambivalencia, bisexualidad, desviaciones de la personalidad por formaciones reactivas, sexualización del pensamiento y del habla). La orientación anal de los pacientes, por regla general, ha evolucionado de un interés en oler a un interés en respirar.

De hecho, el modelo fisiológico para la “introyección respiratoria” es el acto de oler (202, 1184, 1190). En el acto de oler, una partícula del mundo externo es efectivamente introducida en el cuerpo. Los sentidos inferiores manifiestan generalmente una relación más íntima con los erotismos pregenitales que los sentidos más elevados (777). La represión a que la pregenitalidad está sujeta en su conjunto, hace que el sentido del olfato, en el hombre adulto común, esté más embotado que durante la infancia (624). Parece ser que el erotismo olfativo, que ha sufrido una represión, revive todas las veces que se produce una regresión hacia el erotismo anal y respiratorio.

Tal como en el caso del tic, también en el asma la orientación anal se halla íntimamente relacionada con tendencias arraigadas en fases aún más tempranas del desarrollo. Los pacientes asmáticos se revelan como orientados en forma pasivo-receptiva, depeudientes oralmente y en cuanto a erotismo de la temperatura, y poseídos por una necesidad narcisística muy grande de recobrar su pérdida omnipotencia. A veces, en primer plano, se observan fines de incorporación en una extensión tal, que los conflictos existentes entre el paciente y su aparato respiratorio pueden representar conflictos que primitivamente existieron entre el niño y los objetos externos. El ataque asmático significa, en última instancia, una reacción al hecho de verse separado de la madre, un grito de invocación a la madre (675, 1340, 1615). En un caso descrito por Weiss (1563) la enfermedad se produjo efectivamente como una reacción a la pérdida de la madre y a una subsiguiente

identificación narcisista con ella. La investigación llevada a cabo por French y Alexander (531, 535) llegó exactamente a las mismas conclusiones.

En cuanto a la terapia psicoanalítica para el asma, las indicaciones, en vista de la semejanza de su estructura inconsciente con la de las demás neurosis de conversión pregenitales, son más o menos las mismas. Los rasgos órgano-neuróticos y orgánicos (alérgicos) complican, sin embargo, el pronóstico. En el asma es más difícil de conseguir una cura sintomática que en el tartamudeo. La tarea del analista consiste en el tratamiento analítico completo de la estructura pregenital subyacente al síntoma.

Al ocuparnos de los problemas de la etiología diferencial, los factores que condicionan la regresión fueron estudiados como la base para distinguir la historia de la neurosis obsesiva. En este aspecto, las neurosis de conversión pregenital llenan, por cierto, las condiciones de las neurosis obsesivas.

También ellas tienen como base la regresión. ¿Cuál es, entonces, el factor que decide que se produzca, en un caso, una neurosis obsesiva, y en otro de conversión pregenital? De hecho, los síntomas de conversión pregenital se combinan muy a menudo con tendencias neurótico-obsesivas. En cuanto a criterio diferencial, es necesario admitir que hasta el momento no es posible aún dar una respuesta definitiva. Se puede presumir que en las neurosis de conversión pregenital, el mismo factor que ha provocado la regresión en el caso de la neurosis obsesiva debe actuar en combinación con una "complacencia somática" en los órganos afectados, ya sea de carácter constitucional o adquirido.

CAPÍTULO XVI

PERVERSIONES Y NEUROSIS IMPULSIVAS

GENERALIDADES

Las actividades perversas y los impulsos de los "psicópatas" (tales como el impulso de fuga, la cleptomanía o la afición a las drogas) son designados a veces con el nombre de síntomas compulsivos porque los pacientes sienten la "compulsión" de llevar a cabo tal o cual acción patológica. Pero la manera en que ellos sienten tales impulsos es tan característicamente diferente de las experiencias compulsivas, que inmediatamente se puede presumir que tiene que haber diferencias estructurales específicas en relación con esa manifiesta diferencia. No basta, sin embargo, para definir satisfactoriamente esta manifiesta diferencia, el dejar establecido, en general, que las perversiones y los impulsos mórbidos son placenteros, o que al menos son llevados a la práctica con la esperanza de obtener un placer, en tanto que los actos compulsivos son penosos y se llevan a cabo con la esperanza de librarse de un dolor. Esta regla padece excepciones: una acción perversa puede estar tan perturbada por sentimientos de culpa que en realidad llegue a sentirse como penosa, a la par que algunos juegos compulsivos pueden adquirir un carácter placentero. Más característica es la manera de sentir el impulso apremiante. El neurótico obsesivo se siente forzado a hacer algo que no *le agrada* hacer, es decir, obligado a usar su capacidad volitiva contra sus propios deseos, mientras que el perverso se siente forzado a que algo "le guste", aun contra su voluntad. Sus impulsos pueden verse contrariados por sentimientos de culpa; eso no impedirá que en el momento de la excitación sienta el impulso como sintónico del yo, como algo que quiere hacer con la esperanza de alcanzar un placer positivo. En contraste con los impulsos compulsivos, los impulsos en cuestión tienen un carácter "instintivo"; son sentidos de la misma manera en que las personas normales sienten sus normales impulsos instintivos. Es por esta diferencia que los perversos y los neuróticos impulsivos a veces ni siquiera son denominados neuróticos, sino psicópatas.

PERVERSIONES EN GENERAL

Las perversiones son manifiestamente de carácter *sexual*. Cuando se ha cedido completamente a los impulsos patológicos, se produce el orgasmo.

El punto de arranque inicial para la investigación de las perversiones fue suministrado por Freud cuando descubrió la sexualidad infantil y reveló que los fines sexuales del perverso son iguales a los del niño (555). En las perversiones, la sexualidad está sustituida por uno de los componentes de la sexualidad infantil. El problema consiste en el conocimiento de la causa y la naturaleza de esa sustitución.

Ya antes del psicoanálisis algunos observadores habían destacado el hecho de que los actos perversos constituyen una deformación unilateral y exagerada de actos que, en una forma menos exclusiva y menos definida, también tienen lugar en el comportamiento sexual de las personas normales, especialmente en las actividades preliminares al coito. El condenar las perversiones bajo el rótulo de "inferioridad constitucional" constituye una de las expresiones de la tendencia universal a la represión de la sexualidad infantil. De hecho, las perversiones son algo universalmente humano. Fueron practicadas en todos los tiempos y entre todas las razas, y algunas de ellas, en determinados períodos, fueron toleradas por la generalidad de la gente, e incluso altamente estimadas. Freud agregó además la observación de que se dan tendencias perversas y ocasionalmente actos perversos, o por lo menos fantasías, en la vida de todo individuo, ya sea normal o neurótico, y que mediante el psicoanálisis se revela que los síntomas del neurótico son actos perversos disfrazados. "Si es cierto —dice Freud— que los obstáculos reales a la satisfacción sexual, o la privación en este aspecto, traen a la superficie tendencias perversas en personas que de otro modo no habrían mostrado tales tendencias, debemos deducir que hay algo en estas personas que está dispuesto a aceptar las perversiones; o, si se prefiere, que en ellas estas tendencias tienen que haber estado presentes, en forma latente" (596). Puesto que los fines de la sexualidad perversa son idénticos a los de la sexualidad infantil, la posibilidad de todo ser humano de transformarse, en determinadas circunstancias, en perverso, radica en el hecho de haber sido niño alguna vez.

Los perversos son personas en las cuales la sexualidad es infantil en lugar de ser adulta. Esto puede deberse a una detención en el desarrollo o a una regresión. El hecho de que frecuentemente las perversiones se desarrollan como reacción a desengaños en el orden sexual, tiende a demostrar la efectividad de la regresión. Aquí surge, por sí sola, una fórmula bien simple: las personas que reaccionan a las frustraciones sexuales con una regresión a la sexualidad infantil, son perversas, los que reaccionan con otras defensas o emplean otras defensas después de la regresión, son neuróticas. Ésta era la fórmula que todavía aplicaba Freud en su *Introducción al Psicoanálisis*.

En realidad las cosas no son tan enteramente simples. Es cierto que

hay estados patológicos que representan nada más que "regresiones a la sexualidad infantil", pero éstas no constituyen las perversiones típicas. Los actos perversos de esas personas son polimorfos; el centro de gravedad de su vida sexual está desplazado hacia el placer preliminar y no es fácil decir dónde termina la estimulación y dónde comienza la gratificación. Los pacientes de este tipo son también infantiles en otros aspectos que no son los sexuales (701, 904).

El perverso típico tiene una sola manera de hallar placer sexual. Todas sus energías sexuales se hallan concentradas en un instinto parcial particular, y este instinto hipertrofiado compite con su primacía genital. Sin embargo, si el acto perverso llega hasta su fin, la persona llega a tener un orgasmo genital, por lo cual sería volver a recurrir a una fórmula demasiado simple el afirmar que estos pacientes carecen de primacía genital. La capacidad para el orgasmo genital está bloqueada por algún obstáculo que es más o menos superado por el acto perverso. La sexualidad perversa no es, por lo tanto, simplemente desorganizada, como lo es la sexualidad "perversa polimorfa" de los niños y de las personalidades infantiles; se halla más bien organizada bajo la férula de cierto componente instintivo, cuya satisfacción posibilitará nuevamente el orgasmo genital.

El análisis demuestra que los perversos, como los neuróticos, tienen represiones. Tienen además, también ellos, represiones patógenas específicas. Tienen un complejo de Edipo y una angustia de castración inconscientes. De este modo, el extremado predominio de un determinado componente de su sexualidad infantil no excluye que sean rechazadas otras partes de la misma. En efecto, el síntoma perverso, como el síntoma neurótico, facilita la descarga de una parte de la catexis de impulsos originariamente rechazados, y de esta manera hace más fácil el rechazo de la parte restante (58, 601, 1252). La diferencia entre las neurosis y las perversiones radica en el hecho de que en las neurosis el síntoma está "desexualizado", mientras que en las perversiones es un componente de la sexualidad infantil, y además, en que la descarga es penosa en las neurosis, en tanto que en las perversiones acarrea el orgasmo genital.

Podemos plantear ahora los problemas principales de la manera siguiente: 1) ¿Qué es lo que determina la perturbación de la primacía genital? 2) ¿Por qué la gratificación de un determinado instinto parcial especial anula la perturbación de la primacía genital?

1. El factor que primariamente perturba la primacía genital es idéntico al que produce igual efecto en los neuróticos: angustia y sentimientos de culpa dirigidos contra el complejo de Edipo. Sin embargo, entre las angustias de carácter neurótico que motivan la defensa, la angustia de la pérdida de amor es menos importante en las perversiones, a la vez que la angustia por la propia excitación no puede ser tampoco de mucha importancia, dado que el logro del orgasmo resulta eventualmente posible. Debe considerarse, por lo tanto, como factor decisivo, la *angustia de castración* (y los sentimientos de culpa, que son derivados de la angustia de castración).

En las perversiones, la sexualidad adulta es suplantada por la infantil. Algo debe haber de repulsivo en la sexualidad adulta, y algo especialmente atrayente en la sexualidad infantil. Mientras este último factor es variable, el primero es constante; siempre es el complejo de castración el que estorba a la capacidad de disfrutar de una completa sexualidad genital. De hecho, las diferencias entre el complejo de castración masculino y el femenino corresponden directamente a las diferencias entre las perversiones masculinas y las femeninas.

2. Una vez que el goce genital se ha hecho imposible a causa del temor a la castración, la persona tratará de regresar a aquella parte de su sexualidad infantil a la que está fijada. Sin embargo, no se trata simplemente de que un determinado componente infantil que en su tiempo no fue temido va a ocupar el lugar de la temida sexualidad genital. Partes explícitas, decisivas, de esta sexualidad infantil *son reprimidas*, y la hipertrofia de un determinado componente sexual infantil es utilizada, aparentemente, para fortalecer dicha represión.

La importancia que concedemos al hecho de que sea la fijación lo que determina la elección del componente infantil que sufrirá la sobrecatexis en la perversión (245) significa, ante todo, que no deja de tener su pizca de verdad la vieja sospecha de que las perversiones se hallan "constitucionalmente" determinadas. De todas maneras la cosa no es tan simple, seguramente, como nos lo quieren hacer suponer algunos de esos escritores que emplean con facilidad neologismos latinos. El adscribir simplemente a cada uno de los impulsos participantes una hormona específica, dando por supuesto que en cada perversión diferente actuaría una cantidad excepcional de la hormona correspondiente, no resulta convincente. Por otra parte, el hecho de que las personas normales, en ciertas circunstancias, pueden transformarse en perversas, restringe categóricamente la importancia atribuida a los factores constitucionales. Que las perversiones tienen que ver con fijaciones a experiencias de la infancia era cosa sabida antes del psicoanálisis. Pero las experiencias infantiles que citaban los autores preanalíticos no eran la causa de la perversión, sino su primera manifestación. Afirmar que la primera excitación sexual fue sentida simultáneamente con ciertas circunstancias concurrentes "accidentales", y que desde entonces la reacción sexual del individuo ha quedado fijada a dichas circunstancias, es una manera de evadir la siguiente cuestión: ¿a qué se debe que la excitación sexual se haya producido precisamente en ese momento? En el curso del análisis, tales acontecimientos de la infancia demuestran no ser simplemente experiencias fijadoras, sino recuerdos encubridores con cuyo auxilio las causas reales de la fijación se presentan disfrazadas. Esto se revela más aún en el hecho de que los incidentes de esta índole son fácilmente recordados conscientemente, y que el individuo parece muy dispuesto a atribuirles el origen de la perversión.

Un paciente recordaba que al ver, cierta vez, siendo adolescente, una muchacha con las piernas desnudas, sintió la "orden de recordar" esto: "Tienes que recordar toda la vida que también las muchachas tienen piernas". Más adelante el paciente creó un interés fetichista por los pies. En la época de este incidente el paciente, a

causa del temor a la castración, ansiaba inconscientemente tener una experiencia que le permitiera abrigar la creencia de que las muchachas tienen pene. Vale decir que la perversión no surgió porque "accidentalmente" el muchacho se sintió excitado sexualmente a la vista de las piernas femeninas, sino que se sintió excitado porque la vista de las piernas femeninas apaciguó su temor a la castración, que de otra manera hubiera perturbado su excitación sexual (423).

Entre las experiencias fijadoras que sirven de base a las perversiones, hay una que se destaca particularmente: las experiencias de satisfacción sexual que al mismo tiempo han dado lugar a un sentimiento de seguridad mediante la negación o la contradicción de algún temor. Cada vez que siente perturbada su sexualidad genital por el temor a la castración, el perverso regresa a aquel componente de su sexualidad infantil que alguna vez, en su infancia, le proporcionó un sentimiento de seguridad o al menos de aseguramiento contra el temor, y cuya gratificación fue sentida con especial intensidad a causa de esa negación o reaseguramiento. Para decirlo de una manera esquemática, el perverso es una persona cuyo placer sexual está bloqueado por la idea de castración. Mediante la perversión trata de probar la inexistencia de la castración, y en la medida en que llega a creer en esta prueba, vuelven a ser posibles nuevamente el placer sexual y el orgasmo.

La hipertrofia del instinto parcial infantil reasegurador sirve al mismo tiempo para la represión del complejo de Edipo y de otros remanentes rechazados de la sexualidad infantil. Esto se consigue mediante una "represión parcial" de la sexualidad infantil, al mismo tiempo que otras partes de la misma son exageradas (601).

Al ocuparnos del mecanismo de defensa de la negación, quedó aclarada la psicología de los recuerdos encubridores: la persona que trata de reprimir un recuerdo busca escenas sustitutivas conectadas asociativamente con dicho recuerdo, para ofrecerlas a la memoria (409, 553). Este fenómeno halla un paralelo en la formación de síntomas en la perversión. Mientras que, en situaciones diferentes, todo lo que tenga relación con lo reprimido cae también bajo la represión, en las perversiones, lo mismo que en el caso de los recuerdos encubridores, el trabajo de represión se halla aparentemente facilitado por el procedimiento de subrayar conscientemente algo asociativamente relacionado con lo reprimido. El hecho de que determinados impulsos, habitualmente prohibidos, sigan siendo conscientes, garantiza la represión del complejo de Edipo y el de castración (1331).

Algunas personas creen que los perversos disfrutan de algún género de placer sexual más intenso que el de la gente normal. Esto no es cierto. Su descarga llega a hacerse posible sólo a través de obstáculos y deformaciones, y por ello es forzosamente incompleta. Son, como dice Freud, pobres diablos que tienen que pagar un alto precio por su limitado placer (601). La opinión opuesta arraiga probablemente en el hecho de que los perversos, aun cuando sienten menos placer que la gente normal, disfrutan en cierto sentido de más placer que los neuróticos, cuyas reprimidas ansias sexuales infantiles no encuentran gratificación. Los neuróticos pueden envidiar a los perversos el que éstos expresen abiertamente anhelos perversos que ellos han reprimido.

El siguiente examen de las circunstancias que prevalecen en determinadas perversiones específicas servirá para poner a prueba esta teoría.

HOMOSEXUALIDAD MASCULINA

El hecho de elegir un partenaire sexual del mismo sexo no puede ser designado simplemente como instinto parcial infantil. Sin embargo, el sexo del partenaire es mucho menos importante para el niño que para el adulto, y durante el período de latencia y en la adolescencia, bajo las actuales condiciones culturales, regularmente aparece un cierto grado de homosexualidad, más o menos manifiesta.

Inicialmente, todos somos capaces de incubar sentimientos sexuales indiscriminadamente, y la búsqueda de objeto está menos limitada por el sexo del objeto de lo que se supone comúnmente.

Tiene gran importancia práctica tener en cuenta este hecho. Un poema compuesto por un paciente en su infancia, en colaboración con el hermano y la hermana mayores que él, permaneció sin aclarar durante cierto tiempo en su análisis. En el poema aparecían tres hombres y tres mujeres; era imposible entender a quién representaban estos personajes, hasta que el análisis reveló que eran una doble representación de los tres hermanos. Sin tener en cuenta su sexo, aparecían en una parte como hombres y en otra como mujeres.

La transferencia "contrasexual", es decir, una transferencia de la madre que un paciente hace a un analista varón, o una transferencia del padre hecha a una analista, constituye un hecho corriente en la práctica analítica.

Para la mayoría de los pacientes no tiene mucha importancia el sexo del analista. Pacientes de uno y otro sexo pueden desarrollar, y desarrollan, en efecto, con su analista, sea hombre o mujer, tanto la transferencia del padre como de la madre. Una minoría de pacientes, sin embargo, pueden tener una reacción completamente diferente según se trate de analista varón o mujer. Esta minoría de pacientes se compone de personas que se hallan más que otros bajo el dominio de su *complejo de castración*, y entre ellos se incluyen los homosexuales.

El hecho de que en una persona normal la elección de objeto queda más o menos limitada, más tarde, al sexo opuesto, constituye un problema en sí mismo. Este problema presenta una dificultad menor en lo que se refiere al varón, por cuanto su primer objeto amoroso —la madre— pertenece al sexo opuesto; la evolución de la niña hacia una elección normal de objeto es más complicada a causa de que su primer objeto ha sido el carácter homosexual.

En toda persona queda, como residuo de la primitiva libertad de elección, cierto grado de sentimiento sexual hacia el propio sexo.

Esta libertad puede ser atribuida a una "bisexualidad" biológica del hombre. Este término, empero, no tiene un sentido muy definido (216,

1243). El hecho de que se encuentren hormonas femeninas en el hombre y masculinas en la mujer, se halla ciertamente vinculado —pero no es igual— al hecho de que en todos los embriones se observa un rudimento tanto del conducto de Wolff como del de Müller, o al hecho de que cada sexo presenta cierto número de características rudimentarias del sexo opuesto. Estos hechos, diremos otra vez, se hallan probablemente vinculados —pero ciertamente no son iguales— a los que sirven de fundamento a las teorías citológicas según las cuales toda célula viviente consta de un componente material (femenino) y otro locomotor (masculino), y la sexualidad es una cualidad puramente relativa, de modo que una y la misma célula puede ser femenina con referencia a otra más masculina, y masculina con referencia a otra más femenina (752).

Por otra parte, tampoco en el terreno psicológico resulta claro el significado del término bisexualidad. Tres aspectos del problema, que han sido frecuentemente confundidos entre sí, deberán ser distinguidos:

a) si la persona hace recaer su elección en un objeto del mismo sexo o del sexo opuesto,

b) si la persona tiene el fin sexual de introducir activamente una parte de su cuerpo en el de su objeto, o tiene el deseo de que algo sea introducido en su cuerpo,

c) si la persona tiene en la vida, en términos generales, un género de actitud activa, de marchar hacia adelante, o una actitud más pasiva, contemplativa. Estos tres aspectos de "masculinidad" o "feminidad" coinciden a veces en el mismo individuo, pero en otros casos varían independientemente uno de otro, de manera que hay homosexuales masculinos muy activos y homosexuales femeninas muy pasivas. En realidad, lo que se llama masculino y femenino depende más de factores culturales y sociales que de factores biológicos. Ciertamente se observan tanto impulsos de fin activo como impulsos de fin pasivo, así en un sexo como en el otro.

El problema de la homosexualidad se reduce, por lo tanto, a la siguiente pregunta: Dado que el homosexual, como todo otro ser humano, tiene originariamente la capacidad de elegir objetos de uno u otro sexo, ¿qué es lo que limita esta capacidad de elección a los objetos de su propio sexo?

La primera pregunta que hay que plantearse en relación con esto se refiere al papel que corresponde a los factores constitucionales físicos. Bajo la presión de ciertos conflictos, algunos individuos se hallan más inclinados que otros a utilizar los mecanismos que vamos a describir, y entre los activos determinantes de esta predisposición tienen carácter decisivo los factores biológicos (hormonales).

La naturaleza de estos factores podrá resultar más comprensible una vez que hayamos aclarado los factores psicogénicos que obstruyen la elección de objeto heterosexual.

En algunas situaciones en que no hay mujeres, en alta mar, por ejemplo, o en las prisiones, hombres que en otras circunstancias hubieran permanecido normales establecen relaciones homosexuales. A esto se deno-

mina homosexualidad accidental (555), y el hecho demuestra que, en forma latente, todo hombre es capaz de este tipo de elección de objeto. Normalmente el hombre prefiere a la mujer como objeto sexual, pero donde éstas no se hallan a mano, la elección recae, en segundo término, sobre el hombre.

Así como en la homosexualidad accidental la ausencia efectiva de mujeres induce a los hombres a recurrir a sus objetos de segundo término, debe haber en los homosexuales masculinos alguna otra razón que excluya la posibilidad de la primera elección. La búsqueda de esta otra razón revela un hecho impresionante. El rechazo de la mujer por el homosexual masculino es generalmente un rechazo netamente genital. Hay muchos hombres homosexuales que hacen buenas migas con las mujeres y que las respetan mucho, pero les repugna o atemoriza toda idea de contacto genital. En todos los casos en que la diferencia de los genitales entre uno y otro sexo tiene, para un individuo, una importancia sobresaliente, o siempre que sus relaciones con sus semejantes están regidas en todos los aspectos por el sexo de los demás, ese individuo está bajo la influencia de un intenso complejo de castración. Esto es válido para los homosexuales masculinos, cuyo análisis revela, por regla general, que temen los genitales femeninos. La vista de un ser desprovisto de pene es para ellos tan aterradora, que para evitarla rechazan toda relación sexual con semejante pareja (160, 162, 1345). El hombre homosexual, dice Freud, está tan aferrado a la idea de un pene, que se niega a aceptar la ausencia de este órgano en su pareja sexual (566).

La vista de genitales femeninos puede hacer surgir angustia en un niño de dos maneras: 1) El reconocimiento del hecho de que realmente hay seres humanos sin pene conduce a la conclusión de que uno mismo puede convertirse también en un ser como ése; una observación de esta índole confiere eficacia a todas las viejas amenazas de castración (566, 599, 612). O bien 2) los genitales femeninos, por la vinculación de la angustia de castración a viejas angustias orales, pueden ser percibidos como un instrumento castrador capaz de morder o arrancar el pene (814). Una combinación de ambos tipos de temor es hallada con bastante frecuencia.

La mitología y los sueños de hombres que padecen angustia de castración, están llenos de ideas acerca de "terribles mujeres fálicas", como la cabeza de la Medusa, donde las serpientes son decididamente símbolos fálicos, o las brujas, con un solo diente en protrusión y cabalgando sobre un palo de escoba. Estas figuras no son atemorizadoras porque son fálicas, sino a pesar de ser fálicas. Las características fálicas representan intentos de negar y sobrecompensar lo que falta; sin embargo, la adjudicación de tales características no demuestra tener éxito, y la figura continúa infundiendo terror a pesar de lo añadido (634).

De ninguna manera debe considerarse que un trauma de castración provocado en los niños por la vista de genitales femeninos es cosa característica de homosexuales, puesto que también se encuentra con frecuencia en el pasado de hombres heterosexuales. Lo decisivo es la reacción a este

trauma. Los homosexuales reaccionan rehusando tener nada que ver, de ahí en adelante, con espectáculos tan espantables.

Algunos pocos homosexuales, a saber, aquellos que en su temprana infancia tuvieron una desusada fijación a un hombre (casos en los que no había figura materna, de modo que el padre tuvo que ocupar el lugar que usualmente ocupa la madre), regresan simplemente, después de incurrir en tal actitud —la homosexual— a su punto de fijación, y eligen hombre que les recuerden a su objeto primario (1621). La mayor parte de los homosexuales, sin embargo, no pueden librarse tan fácilmente de la normal nostalgia biológica de las mujeres. Continúan siendo atraídos por ellas, pero no pudiendo soportar la idea de seres desprovistos de pene, ansían mujeres fálicas, seres hermafroditas, por decir así. Esta aguda nostalgia de objetos dotados de pene los empuja a buscar muchachos, pero éstos deben poseer, en lo posible, el máximo de rasgos afeminados y femeninos. Estas personas siguen siendo afectas a su primitivo objeto de amor, pero dado que los atributos físicos de la femineidad les producen repugnancia, los objetos deben aparecer con catadura masculina. En las prácticas y fantasías de homosexuales desempeñan un papel considerable los hombres vestidos de mujer, así como las niñas vestidas de hombre, y el ideal homosexual del "paje" demuestra que realmente están a la búsqueda de la "niña con pene".

El psicoanálisis demuestra que habitualmente los homosexuales no han dejado de ser excitados sexualmente por las mujeres. Lo que ocurre simplemente, es que reprimen este interés y desplazan hacia los hombres la excitación sexual originariamente producida por las mujeres (555). Muy a menudo los objetos masculinos de los homosexuales ostentan ciertas características de la madre o la hermana del paciente.

El amigo de un paciente homosexual tenía un parecido sorprendente con la hermana de éste, y además su nombre era casi idéntico al de ella.

En la mayoría de los homosexuales no sólo se ve un amor edípico hacia la madre, al igual que en los neuróticos, sino que su fijación a la madre es, en la mayor parte de los casos, aún más pronunciada. A veces la devoción hacia la madre no tiene nada de inconsciente, sino que es franco motivo de conversación.

A continuación de la pérdida de un objeto, o de un desengaño con un objeto, se tiende siempre a regresar de la etapa de amor objetal a la de identificación; el individuo se convierte en el objeto que no puede poseer. El individuo homosexual, de este modo, se identifica con el objeto luego de sufrir una desilusión por los genitales de éste (608, 1364). Lo que determina si va a convertirse en un homosexual o no, es cómo y en qué aspecto se produce esta identificación. El homosexual masculino se identifica con su madre frustradora en un aspecto particular: al igual que ella, ama a los hombres.

En un buen número de casos de homosexuales masculinos, la identificación decisiva con la madre se ha producido como una "identificación con el agresor"; es el caso de niños varones que tuvieron mucho temor a su madre.

Luego de la identificación decisiva, la evolución posterior puede tomar varias direcciones:

1. El tipo de individuo que es más narcisista que "femenino" se esfuerza, ante todo, por asegurarse un sustituto para sus ansias edípicas. Habiéndose identificado con la madre, se comporta como antes había querido que su madre se comportara con él. Elige como objetos de amor a jóvenes o niños que, a su juicio, se parecen a él mismo, y los ama y trata con la ternura que había deseado recibir de su madre. Al mismo tiempo que actúa como si fuera su madre, está centrado emocionalmente en su objeto amoroso, disfrutando así el goce de ser amado por sí mismo.

Este bosquejo esquemático del desarrollo está sujeto a un buen número de complicaciones. La mujer con la que el paciente se ha identificado puede no ser la madre sino una hermana, o alguna otra mujer del ambiente infantil. La transferencia de la madre a esta otra persona puede haber ocurrido en una edad muy temprana, o simultáneamente con la regresión del amor a la identificación.

Este tipo de desarrollo produce individuos "homoeróticos", que buscan activamente, como objetos, a personas más jóvenes (164, 465). Estando narcisísticamente enamorados de sí mismos y de su pene, siendo "caracteres fálicos" (véase pág. 568), y estando fijados a aquel período de la vida en que se produjo el viraje decisivo, estas personas habitualmente aman a varones adolescentes que los representan a ellos mismos en la época de su propia adolescencia (555). La mayor parte de las veces se comportan muy tiernamente con su objeto, pero también puede ocurrir, si previamente su sexualidad había sufrido una deformación masoquista, que su conducta con ellos sea bastante sádica.

Un joven, que tenía dificultades de carácter, aparecía en el análisis como muy delicado y femenino, dispuesto siempre a ceder el paso a los demás. Su vida sexual manifiesta se limitaba a la masturbación, y tenía muchas amistades del mismo sexo, por quienes sentía más interés que por las mujeres. Durante el análisis estuvo ocupado, a menudo, en hacer comentarios psicológicos sobre sus amigos, que en realidad eran aplicables a él mismo. De esta manera se hizo evidente que elegía los amigos sobre la base del tipo narcisista o de elección de objeto. Se dedicaba a sus amigos con un tierno cuidado que sólo podía llamarse maternal. Gradualmente llegó a convencerse de que su carácter pasivo se parecía al de su plácida madre. "Mi madre y yo —dijo en una ocasión— debemos marchar juntos, porque somos compañeros de sufrimiento". Estas palabras, si bien tenían un significado consciente bien definido, encubrían al mismo tiempo su identificación genital con la ("castrada") madre, a quien imitaba inconscientemente, al elegir amigos que se parecían a él mismo.

Otro paciente, cuya personalidad y cuya neurosis se regían por una identificación con la madre, tenía el perverso deseo de hacer orinar a su novia delante de él, mientras él la animaba amistosamente. Estaba desempeñando el papel de su madre, quien acostumbraba ponerlo sobre el orinal cuando era un bebé.

Este mismo mecanismo se presenta también en individuos heterosexuales. Hombres narcisistas, que en la infancia o la pubertad sentían agrado

en pensar que eran niñas, pueden enamorarse luego de "chiquillas" (más o menos varoniles), en quienes ven la reencarnación de sí mismos y a quienes tratan más tarde como les hubiera gustado ser tratados por su propia madre (416). Estos hombres no aman a su partenaire femenino como ente individual, sino que aman en ellas las partes femeninas de su propio yo (1565). Una angustia de castración, similar a la de los casos de homosexualidad, puede dar por resultado una constelación inconsciente en la que la niña narcisísticamente elegida, amada con la ternura alguna vez deseada de la propia madre para sí, represente no solamente la propia persona en la adolescencia, sino también, específicamente, el propio pene (428). Algunos tipos de carácter se hallan regidos por la necesidad de dar a otros lo que ellos mismos no consiguieron, disfrutando del placer de "recibir" mediante una identificación con la persona a la que dan (607). Anna Freud ha descrito un "altruismo" de este tipo, en el que, ciertos placeres que la persona se siente inhibida de permitirse a sí misma, son ofrecidos a otros y disfrutados por identificación con estos últimos (541). El amor sentido hacia las privilegiadas amigas puede ser, en ese caso, un sentimiento muy ambivalente, mezclado de envidia, y que puede transformarse en inmediata furia si las niñas no son tan felices como los pacientes quieren que lo sean.

El mecanismo básico de este tipo de homosexualidad constituye también, probablemente, la raíz de otra perversión, la paidofilia (247, 927). Es cierto que a veces bastan a las personas razones más superficiales para sentirse atraídas por niños. Los niños son débiles, y sigue siendo fácil el aproximarse a ellos cuando otros objetos han sido excluidos por la angustia (Freud afirmó que la paidofilia es la perversión de las personas "débiles e impotentes") (555). Pero ordinariamente el amor a los niños tiene su base en una elección narcisista de objeto. Inconscientemente los pacientes se hallan narcisísticamente enamorados de sí mismos como niños, y tratan a sus infantiles objetos de la misma manera en que les hubiera gustado ser tratados, o bien de una manera completamente opuesta (950).

De una manera sublimada, los mismos motivos que producen la paidofilia pueden engendrar un interés pedagógico. El amor hacia los niños significa habitualmente esto: "Los niños deben pasarlo mejor de como lo pasé yo". En un número de casos que constituyen una minoría, es verdad lo opuesto: "Los niños no deben pasarlo mejor de como lo pasé yo" (128).

Una actitud paidofílica reprimida puede dar lugar a una especie de temor a los niños, o a una falta de aptitud para entender a los niños. Algunas personas sienten un embarazo más o menos acentuado cuando se ven obligadas a ocuparse de niños o adolescentes. Se trata, en la mayor parte de los casos, de personas que se ven obligadas a reprimir lo que ellos mismos sintieron cuando niños o adolescentes. (En ciertos casos que son la minoría, los "otros niños" no representan a uno mismo, sino a otros niños pertenecientes a la historia infantil del paciente, hermanos o hermanas de la misma edad, por ejemplo.)

2. El cuadro clínico es muy diferente cuando, a continuación de una identificación con la madre, el desarrollo ulterior es determinado por una fijación anal. El deseo de una gratificación sexual con la madre se ve transformado en un deseo de gozar de la misma manera en que lo hace la

madre. Con esto como punto de partida, el padre se convierte en el objeto de amor, y el individuo se esfuerza por someterse a él, como lo hace la madre, de una manera pasivo-receptiva (555). Al ocuparnos de las neurosis obsesivas quedó aclarado cuáles son las situaciones que favorecen la regresión anal, así como se vio también que una regresión anal en los hombres da por resultado un incremento en las reacciones femeninas (véase pág. 346). La feminidad que fue rechazada, y se mantuvo en estado latente, en los neuróticos obsesivos, se hace manifiesta en el homosexual de este tipo. A esto se debe el caso de los individuos "homoeróticos del objeto" (465). En estos casos el complejo de Edipo ha sido resuelto asumiendo la actitud edípica negativa, característica del sexo opuesto (608).

Aun cuando los pacientes de este tipo, siendo "femeninos", manifiestan una conducta afectuosa y tierna, inconscientemente pueden estar gobernados por un grado mayor o menor de hostilidad hacia las figuras paternas a las cuales se someten. Nunberg ha descrito una subcategoría de este tipo de homosexual, caracterizada por la desusada intensidad de esta hostilidad latente (1181). La sumisión pasiva al padre encubre la idea inconsciente de robarle la masculinidad en esta ocasión, teniendo el coito homosexual el significado de castración activa. A menudo se ven hombres realmente "femeninos" que no han renunciado del todo al empeño de ser masculinos. Inconscientemente consideran su feminidad como algo temporario, como un objeto dirigido a un fin, y contemplan su situación de pareja "femenina" de un hombre masculino como una manera de aprender del "maestro" los secretos de la masculinidad, o bien una manera de privarlo de dichos secretos. En estos casos, la sumisión pasiva al padre está combinada con rasgos de un antiguo y original amor de identificación (oral) hacia el padre (147). Todo niño varón ama a su padre como un modelo al que le gustaría parecerse. Se siente en el papel del "discípulo" que, a precio de una pasividad temporaria, puede adquirir la capacidad de ser activo más tarde. Este tipo de amor podría llamarse amor de aprendiz. Es siempre ambivalente, porque su objetivo último es reemplazar al maestro. Después de haber renunciado a la creencia en la propia omnipotencia, y haberla proyectado sobre el padre, son diferentes las maneras en que el niño puede tratar de lograr nuevamente alguna participación en la omnipotencia del padre. Los dos extremos opuestos son, en este aspecto, la idea de matar al padre para ocupar su lugar y la idea de congraciarse con él, de ser obediente y sumiso en grado tal que el padre voluntariamente le conceda tal participación. Pueden hallarse hombres homosexuales del tipo que aquí tratamos a lo largo de toda la escala existente entre esos dos extremos (436).

Algunos homosexuales se hallan inconscientemente regidos por el amor ambivalente hacia los "muchachos mayores", que se atreven a hacer cosas que ellos no se atreven. El participar en las aventuras sexuales de "los muchachos del otro lado de la calle" ofrece la ventaja de un placer sexual con mengua de la responsabilidad: "No lo hice yo, lo hicieron los otros". El amor hacia esos muchachos puede estar combinado con todos los grados de hostilidad y de miedo hacia los mismos.

Un amor de este tipo puede servir para sobrecompensar no sólo un sentimiento inconsciente de hostilidad hacia el padre, sino también un sentimiento anterior de miedo al padre. "No tengo por qué tener miedo a mi padre, ya que nos queremos uno al otro". Pero este intento de escapatoria no siempre tiene éxito. Los modos en que se intenta la negación de la angustia pueden hacer surgir nueva angustia. Habiendo tratado de escapar a la castración como castigo por los deseos sexuales hacia la madre, ahora teme la castración como prerequisite de la gratificación sexual por el padre (599).

La feminidad en el hombre —es decir, el objetivo sexual de que un partenaire sexual le introduzca algo en el cuerpo, vinculado habitualmente a la fantasía de ser mujer (163)— está combinada frecuentemente, pero no necesariamente, con homosexualidad: con la elección de un partenaire del mismo sexo. Su base es una identificación con la madre en cuanto al fin instintivo. Este tipo de identificación se produce cuando ha habido una previa fijación a los fines de incorporación pasivo-receptivos del período pregenital. En esto, por regla general, es la zona erógena anal la que impone su predominio. Hay también una "zona genital pasiva" en los hombres, la de la erogencia prostática, pero está prácticamente entrelazada, de manera inextricable, con la analidad (véanse págs. 104 y sig.). El hecho de que los fines pregenitales de incorporación son mucho más similares a la ulterior genitalidad femenina que a la masculina, constituye la base de la "feminidad" en el hombre.

De hecho, la feminidad en el hombre está siempre unida a la angustia de castración:

a) La identificación decisiva con la madre puede surgir del miedo a la castración, unido al hecho de haber visto sus genitales. Algunos hombres, que no tienen nada de homosexuales, ostentan un amor plagado de rasgos de identificación con su partenaire sexual. La identificación sirve para combatir la angustia. Un paciente que amaba a las mujeres con este tipo de "amor de identificación", quería demostrar a sus amigas esto: "¡Mirad qué bien os entiendo y comprendo todos vuestros intereses! ¡Mirad hasta qué punto soy capaz de simpatía, que realmente no hay diferencia entre vosotras y yo!" La observación traumática, relativamente tardía, de los genitales de una mujer, había perturbado el desarrollo de este muchacho. Había sentido aquello que se presentaba a su vista como algo enteramente raro. Todos sus anteriores temores a la castración los condensó en el temor a esa cosa extraña, que percibió como un peligro oral. Trató de dominar esa angustia mediante la negación de que la mujeres fueran diferentes. He aquí la actitud que asumió: "Las mujeres son exactamente iguales a como soy yo. No hay descubrimientos atemorizantes para hacer, porque en materia femenina lo conozco todo". Se identificó con el objeto de su angustia y se hizo "femenino".

b) En otros casos de feminidad en los hombres es decisiva la actitud siguiente: "Como tengo miedo de que los hombres puedan castrarme, no quiero tener nada que ver con ellos; prefiero vivir entre mujeres". Por supuesto, estas personas, aunque femeninas, son heterosexuales. Tienen que reprimir su homosexualidad porque la homosexualidad significaría tener que ver con hombres. Los hombres de este tipo más bien tienen interés en la homosexualidad femenina, quieren ser "una niña entre niñas" y toman interés en juegos y actividades femeninos. A menudo, este tipo de "feminidad" sólo mantiene a raya la angustia mientras el hecho de que las mujeres carecen de pene pueda ser negado por otros medios.

La feminidad como protección contra el peligro de castración puede fracasar completamente si la persona no puede negar que el "convertirse en mujer" significaría perder el pene. Múltiples intentos de mantener en vigor esta negación hallamos en los hombres femeninos. Tratan de destacar el hecho de que, aun cuando actúan como si fueran niñas, tienen realmente un pene: luego hay niñas que tienen pene. Un razonamiento inconsciente frecuente, similar a éste, es el que podría formularse en los términos siguientes: "Tengo miedo de que podría ser castrado. Si actúo como una niña, la gente creerá que eso ya ha ocurrido, y de esta manera me salvaré".

La feminidad en el hombre es generalmente una expresión de infantilismo, de regresión a tipos pasivos de control. Inicialmente, además, el amor fálico del niño pequeño hacia su madre no es de tipo activo (1071). Siendo bebé, el niño, como la niña, goza pasivamente al ser objeto de cuidados; la actitud "femenina" en el hombre puede ser efectivamente una actitud infantil, y no necesita ser dirigida, por lo tanto, a personas del mismo sexo, ya que puede dirigirse a sustitutos de la madre.

Al ocuparnos de los estados de inhibición hemos descrito ciertos tipos masculinos cuya actividad se halla inhibida en un sentido general, a causa, principalmente, de que poseen inconscientemente una gran agresividad, a la que sienten temor (véanse págs. 208 y sig.). Los hombres de este tipo sienten a veces que, de ser mujeres, nadie esperaría de ellos que fueran activos, e incuban, en consecuencia, anhelos femeninos. La agresividad rechazada puede entonces volver, y el pensamiento inconsciente predominante puede llegar a ser este otro: "Si yo fuera mujer, tendría la oportunidad de vengarme de los hombres".

En hombres bisexuales es difícil, a veces, establecer si es el complejo de Edipo positivo o el negativo el que ha desempeñado el papel primario. Como regla general, se obtendrá una mejor comprensión del caso si se supone que el complejo de Edipo normal forma el plano más profundo, mientras que el complejo de Edipo invertido es la reacción al complejo normal.

3. Puesto que la fijación narcisista y la anal pueden concurrir en la misma persona, pueden presentarse combinaciones de ambos tipos de homosexualidad. Denominaciones tales como homoeróticos de sujeto y homoeróticos de objeto, sólo tienen un significado relativo. Una homosexualidad activa en un hombre puede servir para reprimir un ansia homosexual pasiva más profunda, y viceversa. Estos tipos constituyen la mayoría de los casos de homosexualidad masculina, aunque ocasionalmente pueden presentarse otros.

4. Ya hemos mencionado la posibilidad de que una persona que ha sido criada sin madre reaccione a un trauma de castración con la pérdida del interés en todas las mujeres, y el regreso a los objetos masculinos de su niñez (1621).

5. Freud describió ciertos homosexuales "leves" en quienes el modelo masculino primitivo de fijación no fue el padre sino un hermano mayor (607). El análisis demuestra a menudo que la extrema amistad entre hermanos del mismo sexo es una sobrecompensación de un odio primitivo. La actitud cariñosa hacia el hermano se desarrolla después de un período de hostilidad, y el odio primitivo bien puede delatarse, con todo, en algunos signos de ambivalencia que se advierten en el cariño ulterior. El amor homosexual de este tipo, que, según Freud, contribuye grandemente a lo que más tarde constituye los "sentimientos sociales" (606), está mez-

clado con características de identificación. Los hermanos menores que han superado con éxito el odio lleno de envidia hacia el hermano mayor, miran a éste con afecto tan pronto como se ha producido una identificación que va tan lejos como para considerar los éxitos del hermano como suyos propios. Desde ese momento lo que sienten ya no es "él tiene éxito y yo no", sino "tenemos éxito". A menudo estos mecanismos desempeñan un papel decisivo en el culto patológico de los héroes.

Un paciente cuyo hermano tenía grandes éxitos consiguió "sentirse partícipe de la gloria del hermano". Pero la primitiva envidia se delató en su obsesiva cavilación acerca de si tal o cual héroe era "el más grande".

Este tipo de amor sobrecompensatorio sirve bien al propósito de librarse de un odio perturbador y sin esperanza, dado que el paciente ya no necesita competir más con el hermano. Entre él y su hermano pueden repartirse, por decir así, los campos de actividad. Algunos sectores de especial esfuerzo serán abandonados al hermano, ya que el éxito de éste habrá de satisfacer todas las necesidades de gratificación. Se evitará de esta manera todo choque competitivo con el hermano. Esto constituye la base, una vez más, de ciertas formas de "altruismo" en las cuales el éxito envidiado es cedido voluntariamente a la otra persona (604). Identificándose con el otro, se puede disfrutar de su éxito, mientras que el goce de un éxito propio hubiera sido imposible a causa de los sentimientos de culpa (541). El terreno de la actividad sexual se halla particularmente bajo la influencia de este tipo de evasión. Si una persona es homosexual y desea como objeto al hermano mismo, la competencia sexual con éste es de ese modo eludida.

Salta a la vista que existen muchos puntos de contacto entre este tipo de amor de identificación sobrecompensatorio y los tipos de homosexualidad antes descritos. El hermano con el cual uno se comporta en forma "altruista" puede representar al mismo tiempo la imagen de lo que uno mismo ha querido ser. Una identificación con la madre no excluye ciertamente la existencia simultánea, en algún otro nivel, de una identificación con un hermano.

En general, el papel que desempeña la identificación es de mayor cuantía en el amor homosexual que en el heterosexual. Los objetos homosexuales se parecen más a la persona del propio paciente que los objetos heterosexuales, lo cual explica la íntima relación entre homosexualidad y narcisismo (1364).

La mejor apreciación, hasta aquí lograda, de los mecanismos de la homosexualidad, nos permite volver ahora al problema de su etiología diferencial. Las fijaciones pregenitales, especialmente las anales, y la disposición a sustituir las relaciones de objeto por identificaciones, son los requisitos previos indispensables. Esta disposición especial debe estar combinada con una particular intensidad del narcisismo secundario, es decir, del amor a sí mismo. Cuanto más tiende un niño a identificarse con la madre, tanto mayor será la probabilidad de una orientación homosexual del mismo.

Los niños tienden en general a identificarse más con aquel de sus progenitores que les hizo sufrir las frustraciones de más duradera impresión. Esto explica los descubrimientos hechos por Freud en el sentido de que los hombres más proclives a hacerse homosexuales son aquellos que han tenido un padre "débil", o que del todo carecieron de padre (555), vale decir, en otros términos, aquellos que se vieron frustrados por la madre en cosas esenciales. Lo contrario, no obstante, también es cierto. Los niños que carecieron de madre también tienen predisposición a hacerse homosexuales, si bien por otros motivos: el goce de los placeres pasivos del período pre-genital a manos de un hombre en vez de una mujer, crea una disposición para la homosexualidad. Freud hizo la sugestión de que el auge de la homosexualidad masculina en la antigua Grecia puede haberse debido al hecho de que los niños eran criados por esclavos de sexo masculino (555).

HOMOSEXUALIDAD FEMENINA

Al trauma de la castración, que tiene su origen en haber visto los genitales femeninos, se debe, como principal factor, que el sexo femenino resulte inaceptable para el hombre homosexual. ¿Es posible que, de una manera similar, la vista de un pene, en algunas mujeres, llegue a perturbar el placer sexual? La respuesta es afirmativa, siempre que no pasemos por alto ciertas diferencias. La vista de un pene puede crear el temor de una violación inminente. Con más frecuencia, lo que sucede es que moviliza pensamientos y emociones acerca de la diferencia en el aspecto físico. Estos temores, pensamientos y emociones pueden perturbar en un grado tal la capacidad para el goce sexual que éste sólo sea posible donde no haya confrontación con un pene. Hasta aquí la homosexualidad femenina es realmente igual a la masculina. Pero hay otro factor que complica el cuadro. En la mujer la exclusión de los genitales del sexo opuesto puede ser el resultado de una *regresión*. El primer objeto de todo ser humano es la madre; a diferencia de los hombres, todas las mujeres han tenido un vínculo homosexual primario, el cual puede revivir más tarde si la normal heterosexualidad es bloqueada. Al paso que el hombre, en esta situación, sólo tiene la posibilidad de una regresión de la "relación objetal con la madre" a una "identificación con la madre", la mujer puede regresar de una "relación objetal con el padre" a una "relación objetal con la madre" (328, 329, 626, 628, 1007).

En la homosexualidad femenina hay que considerar, por lo tanto, dos factores etiológicos, a) el violento apartamiento de la heterosexualidad originado por el complejo de castración, y b) la atracción hacia la madre, a través de tempranas fijaciones. Los dos factores se complementan, por cuanto la fijación a la madre puede tener una función protectora y de reaseguramiento, destinada a contrarrestar la fuerza del complejo de castración. Dé manera que la fórmula general para las perversiones es válida otra vez: son revividas aquellas fijaciones que simultáneamente tienden a procurar satisfacción sexual y seguridad.

En cuanto a los factores que originan un rechazo de la heterosexualidad normal, la homosexualidad femenina es análoga a la masculina. Freud describió el caso de una paciente para quien el factor decisivo para el desarrollo de la homosexualidad fue un grave desengaño causado por el padre siendo ella adolescente. La joven respondió a esto identificándose con el padre: de ahí en adelante eligió como objeto de amor mujeres que se parecían a la madre. Los beneficios secundarios derivados de evitar la competencia con la madre, así como de la oportunidad de vengarse del padre ofensor, eran en este caso muy evidentes (604). Este caso correspondía a los de homosexualidad masculina designados más arriba como tipo (véanse págs. 376 y sig.). Luego de identificarse con la madre, los hombres del tipo 2 crean el deseo de ser amados por el padre como éste amó a la madre. En este otro caso hay, después de la identificación con el padre, un deseo de amar a la madre tal como la amaba el padre.

En el caso descrito por Freud (604), el desengaño decisivo fue el nacimiento de un bebé en la familia, durante la pubertad de la paciente, es decir, en una época en que inconscientemente ella misma deseaba intensamente tener un bebé con el padre. Al ocuparse de este caso, pregunta Freud si el desarrollo de esta especial orientación homosexual no pudo haberse debido al hecho de que el desengaño decisivo fue experimentado por la niña en la época de la pubertad y no antes. Parece más probable que este acontecimiento, al ocurrir en la pubertad, produjo un efecto tan grave porque fue sentido como la repetición de alguna experiencia análoga de la infancia. Se podría suponer que tal experiencia infantil tuviera relación con el complejo de castración; el incompleto análisis del caso nada revela, sin embargo, en tal sentido. Sólo sabemos que, además del bebé nacido durante la pubertad de la paciente, había nacido otro en la familia tres años antes.

Este tipo 2 parece ser frecuente entre homosexuales femeninas. Las pacientes responden al desengaño en sus deseos edípicos con una identificación con el padre, después de lo cual adoptan una actitud masculina activa hacia las mujeres que representan sustitutos de la madre. La conducta de estas homosexuales activas "masculinas" hacia sus objetos (equivalentes de la madre) se combina a menudo con todos los rasgos del tipo de complejo de castración femenino descrito por Abraham (20) con el nombre de "cumplimiento de lo deseado"*. Del mismo modo que la paciente de Freud utilizaba su homosexualidad como agresión contra el padre, otras pacientes pueden combinar la homosexualidad con hostilidad hacia los hombres en general, como si quisieran demostrar lo siguiente: "No necesito ningún hombre, yo misma puedo ser un hombre".

Al describir el desarrollo sexual normal, dijimos que la capacidad de perturbar la sexualidad normal, que tiene la sexualidad clitoridiana en la mujer, es mayor que la correspondiente capacidad perturbadora de la erogeneidad prostática en el hombre (véase pág. 104). Esta es una de las razones por las cuales la "masculinidad" en la mujer tiene mayor importancia que la "feminidad" en el hombre. La otra razón es

* "Wish-fulfillment".

el diferente trato que se acuerda al hombre y a la mujer bajo las condiciones culturales actuales.

La "masculinidad" en la mujer, es decir, el objetivo sexual de introducir algo en el cuerpo del partenaire, se origina de una manera análoga a la "feminidad" en el hombre: mediante una identificación con la figura parental del sexo opuesto (o con un hermano). Mientras el objetivo "femenino" en el hombre corresponde a propósitos pregenitales de incorporación, en la mujer el objetivo "masculino" se halla en oposición con tales propósitos. En los casos en que la frustración de los deseos de incorporación condujo a una actitud sádica de tomar por la fuerza lo que no era concedido, esta fuerza, que originariamente había sido sentida, a menudo, como una penetración en el cuerpo de la madre (958), puede ser reactivada en la "masculinidad" ulterior.

Tampoco la "masculinidad" de la mujer tiene que estar necesariamente vinculada a la homosexualidad. La mujer puede tener también una conducta muy "masculina" hacia los hombres. Las mujeres de este tipo presentan rasgos de identificación íntimamente entremezclados con su amor. En sus partenaires masculinos se ven y se aman a sí mismas como hombres (1565). Pueden destacar la virilidad de su partenaire masculino, reaccionar intensamente a su pene, y a menudo demuestran gran interés en la idea de la homosexualidad masculina. Frecuentemente las niñas creen que su padre no las quiere porque son niñas, y que serían queridas si fueran varones. En su vida amorosa posterior pueden hacer el papel del niño amado por el padre, o el del padre que quiere a su niño.

De dos circunstancias depende que la "masculinidad" en la mujer esté combinada o no con homosexualidad:

- a) de la intensidad de la fijación temprana a la madre, y
- b) de la configuración particular del complejo de castración.

Existen también analogías femeninas con el tipo 1 de homosexualidad masculina. Algunas mujeres homosexuales activas, luego de identificarse con su padre, eligen como objetos de amor a mujeres jóvenes, que hacen las veces de representante ideal de su propia persona. Después se conducen con esas niñas como ellas mismas habían querido ser tratadas por su padre.

Una paciente había estado expuesta en su niñez a ataques incestuosos de parte del padre. Este solía colocar la manita de la niña sobre su pene y masturbarse así. La homosexualidad de la paciente comenzó con el siguiente incidente. En la época de la pubertad entró cierta vez en la cama de su hermana menor y puso la mano de la hermanita sobre el clitoris de ella. En otras palabras, se condujo con su hermanita como su padre se había conducido con ella. Las experiencias incestuosas de la paciente la condujeron a incubar un extraordinario temor de que fueran dañados sus genitales; el enorme pene del padre podría penetrar en su pequeño cuerpo y partirla en dos o despedazarla. A consecuencia de esta angustia, ponía reparos al pene en general y sólo era capaz de amar a condición de que el pene fuera excluido. En sus relaciones heterosexuales prefería a hombres impotentes. Sin embargo, prefería las mujeres a los hombres, y con ellas repetía su experiencia infantil con la hermana. Apropiándose del papel del padre, trataba de hacer a las otras mujeres lo que su padre le había hecho a ella (415).

Este tipo de amor, en que la mujer homosexual se conduce hacia un objeto representándose a sí misma, "en forma altruista", tal como ella

hubiera querido ser tratada, puede ser tan ambivalente como el tipo masculino análogo.

Una paciente amaba a las jóvenes "hermosas". Tenía un poderoso complejo de fealdad y un intenso anhelo de ser tan hermosa como sus objetos. Jugaba ante el espejo representando el papel de su objeto amado. Estaba muy celosa, además, del crecimiento de su hijita. En sus ambivalentes amores homosexuales su conducta mostraba evidentes características de identificación con el padre.

Finalmente, un antagonismo entre hermanas puede también verse sobrecompensado y transformarse en un suave amor homosexual entremezclado con identificación.

Cierta paciente, sin ser abiertamente homosexual, tenía un número desusado de amigas. Se hallaba constantemente colmada de sentimientos de la más tierna preocupación por su hermana mayor; se reprochaba severamente cada pequeño placer que disfrutaba sin que también le tocara a la hermana. Era muy altruista, y gozaba con los placeres de su hermana como si se tratara de los suyos propios. No era difícil demostrar, en este caso, la presencia de un subyacente odio primitivo hacia esta hermana.

En la mujer el apartarse de la heterosexualidad constituye una regresión que reaviva los rastros mnémicos de las primeras relaciones con la madre. La homosexualidad femenina tiene por esto un sello más arcaico que la masculina. Con ella vuelven las normas de conducta, los fines, los placeres, pero también los temores y los conflictos, de los primeros años de vida. Las actividades reales de las mujeres homosexuales consisten en su mayor parte en jugar mutuamente a hacer "la madre y la hija" (328, 329); el hecho empírico de que el erotismo oral se halla habitualmente en primer plano (como en el hombre el erotismo anal), se halla en consonancia también con este carácter arcaico.

Las mujeres en quienes la actitud pasivo-receptiva hacia la madre se halla en el primer plano de su homosexualidad, no son necesariamente "masculinas" en su comportamiento general.

Comparando el análisis de la homosexualidad con lo que se ha dicho acerca de las perversiones en general, se puede afirmar que: ni el complejo de Edipo ni el de castración son conscientes, no obstante lo cual el análisis ha demostrado el carácter decisivo de estos dos complejos. La homosexualidad demostró ser el resultado de mecanismos específicos de defensa, que facilitan la persistencia de la represión tanto del complejo de Edipo como del complejo de castración. Al mismo tiempo, la finalidad de la elección homosexual de objeto es evitar las emociones que giran alrededor del complejo de castración, las que de otro modo hubieran perturbado el placer sexual, o al menos el conseguir cierto reaseguramiento contra tales emociones (601, 1331).

FETICHISMO

La forma de perversión que nos toca tratar ahora, el fetichismo, tampoco consiste simplemente en la hipertrofia de un instinto parcial infantil. Sin embargo, la función de negación del temor a la castración es aquí particularmente evidente.

La literatura sobre el fetichismo previa al psicoanálisis lo describía como causado por alguna experiencia infantil que había establecido una especie de reflejo condicionado. Se suponía que el impulso fetichista era debido a un desplazamiento de la excitación sexual sobre una circunstancia que había coincidido accidentalmente con la primera manifestación sexual. Desde el punto de vista analítico hay que atribuir a estos incidentes "accidentales" el valor de recuerdos encubridores. El fetichista del pie, que ha quedado fijado al incidente de ver a su institutriz con un pie al descubierto (596), tenía alguna razón inconsciente por la cual la vista de un pie cosa bastante inocente por lo común, le produjo una excitación sexual. El verdadero significado de este recuerdo encubridor resulta claro a través de la equiparación simbólica del pie con el pene. El recuerdo parece encubrir el siguiente pensamiento inconsciente: "He visto el pene de mi institutriz", o bien "he visto que mi institutriz tiene pene". El paciente, naturalmente, no pudo haber visto nada por el estilo. Es claro de toda evidencia que este pensamiento fue utilizado por él para negar la efectividad de lo que sí había visto: que su institutriz *no* tenía pene. Es este recuerdo desagradable el que fue mantenido reprimido por ese otro recuerdo rechazante, encubridor. La excitación sexual que sintió viendo el pie, podría describirse de este modo: "El pensar que hay seres humanos sin pene, y que yo mismo podría ser uno de ellos, hace imposible que yo pueda permitirme una excitación sexual. Pero ahora veo aquí un símbolo de pene en una mujer; esto me ayuda a eliminar mi temor, y de este modo puedo permitirme ser excitado sexualmente". Desde entonces este mismo mecanismo sigue operando persistentemente durante toda la vida del paciente. Éste sólo será capaz de responder sexualmente a una mujer siempre y cuando el pie femenino le reitere expresamente la seguridad de que "la mujer tiene pene".

Como lo ha destacado Freud, la mayoría de los fetiches típicos son símbolos de pene: zapatos, cabello largo, aros. Las pieles hacen de sustituto simbólico del vello puberal, y la vista de las mismas bien puede hacer que un niño pregunte si debajo de ellas no hay un pene. El interés sexual por la ropa interior de la mujer se ve aumentado, como alusión a la desnudez femenina, en los casos en que la desnudez completa ha de ser evitada. Cuando se da el caso de emplear fetiches menos típicos, la historia de la primera infancia del individuo revela experiencias en las que el fetiche, en cada caso, adquirió subjetivamente el significado de un "pene femenino" (621).

Un paciente en análisis relató el siguiente recuerdo. Cierta vez, teniendo aproximadamente cuatro años de edad, se hallaba acostado en la cama de sus padres. Por accidente, quedó al desnudo el pene de su padre, y el niño se asustó de su tamaño. Se preguntó si su madre también tendría un pene tan grande. Esperó una oportunidad en que inadvertidamente pudo levantarle un poquito el camisón; vio un pene grande, y se sintió muy satisfecho con el descubrimiento. El paciente comprendía, por supuesto, lo absurdo de su relato, pero el incidente tenía tal vividez en su memoria, que le producía la impresión de que podía responder de su exactitud. La contradicción contenida en el relato, en cuanto a que primeramente el tamaño del pene del padre le causó terror, mientras que ese mismo hecho, en cuanto a la madre, le satisfizo, sirvió de punto de partida para el análisis de este recuerdo encubridor. Pareció probable que los hechos habían ocurrido en orden inverso. El niño probablemente vio, cuando una casualidad los puso al descubierto, los genitales de la madre, se sintió aterrizado por lo que veía, se preguntó si el aspecto del padre también sería así, levantó el camisón *del padre*, y con gran satisfacción vio que éste tenía un gran pene (437).

Este paciente no se hizo fetichista. La percepción que utilizó para negar el hecho de la falta de pene en la madre surgió de la observación del cuerpo del padre. Podemos imaginar que, si en lugar de utilizar, como hizo, el pene del padre, hubiera usado, con el mismo propósito, un sustituto del pene, relacionado de algún modo con el cuerpo de la madre, habría de convertirse más tarde en fetichista.

Una objeción a esta teoría sobre el fetichismo (621) parece presentarse en casos en los que el fetiche no representa un símbolo del pene, sino de las heces, la orina u objetos vinculados alguna vez a actividades pregenitales (77, 677, 987). Algunos fetichistas eligen como fetiches objetos ahuecados, en los cuales introducen sus dedos, o bien objetos que tienen un significado de pene, o incluso su propio pene; un fetiche de esta clase parece incluso representar una vagina (476). Además, en los fetichistas, la urgencia posesiva de ser el único poseedor del objeto es particularmente acentuada, y algunos fetichistas son "coleccionistas" (1597); el fetiche puede ser un objeto de poco valor intrínseco, pero cobra una importancia inmensa mediante la sobrevaloración fetichista. A menudo el olor es un factor decisivo.

Este material no contradice la tesis de que el significado principal del fetiche es el representar un "pene materno". Los individuos en quienes la angustia de castración es provocada en forma muy repentina e intensa, son candidatos a ser más tarde fetichistas; pero éstos son, también, los que tienden a evadirse de los peligros de la castración mediante la regresión a etapas pregenitales (1072, 1515). Las características pregenitales de los fetiches pueden ser consideradas, por lo tanto, del mismo modo que los fenómenos compulsivos en que los impulsos y las angustias genitales y pregenitales se hallan entrelazados entre sí, o como los atributos fálicos de horribles imágenes de madres fálicas.

En el análisis de un hombre que tenía una preferencia fetichista por ciertos olores, preferencia que era, a todas luces, de determinismo anal, se pusieron de manifiesto, como determinantes de la misma, sorprendentes fantasías inconscientes. Durante su primera infancia murió la madre, y durante su crianza se le inculcó la creencia de que la madrastra era su madre verdadera. El sospechaba, sin embargo, la verdad, y

empleó mucha energía en la represión de esta sospecha. Resultó que la causa determinante de su conducta pronunciadamente femenina era la idea de mostrar a su padre que él hubiera sido mejor sustituto de la madre muerta que la madrastra. Esta identificación con la madre muerta estaba basada en una "introyección respiratoria" de su "alma" (420), y la preferencia en cuanto se refería a olores representaba esta preferencia por la introyección nasal. Sin embargo, esta "introyección respiratoria" pregenital estaba íntimamente entrelazada con tendencias genitales originadas en el complejo de castración. Los deseos femeninos del paciente estaban bloqueados por un intenso temor de que la realización de su deseo de ser mujer pudiera poner en peligro su pene. Trató, de muchas maneras, de reasegurarse de que era posible convertirse en mujer y conservar, no obstante, el pene. (Era simultáneamente un transvestista.) La inhalación de heces, que en un determinado plano significaba la inhalación de la madre muerta, significaba al mismo tiempo la inhalación del "espíritu de pene", que le aseguraba la posesión del pene.

Es posible que, para ciertos hombres, toda mujer provoque un temor a la castración. El objeto que representa, en tales casos, el pene de la mujer, sólo origina una excitación sexual mientras no tenga alguna relación con un cuerpo de mujer. El objeto original sigue estando enteramente reprimido, y solamente el fetiche, que alguna vez formó parte de él, mantiene su carácter consciente con exagerada intensidad. El deseo que se siente no es por zapatos calzados por una mujer, sino por zapatos de mujer separados de la mujer. Freud habló de una "represión parcial" que hace que una *pars pro toto* pueda ser retenida en la conciencia a la par que el *totum* se halla reprimido (621, y cfr. también 4, 1215).

Algunos tipos de fetichistas ostentan también rasgos pronunciadamente sádicos. Pueden alcanzar su satisfacción mediante la realización de "castraciones simbólicas", vinculadas a sus fetiches. Es como si su temor a la castración los empujara hasta el borde de la idea de castración cada vez que sienten una excitación sexual (220). Los "cortadores de trenzas" son fetichistas del cabello. Acerca de cómo una actividad castradora de cierto género puede reasegurar contra el temor a la castración, nos ocuparemos al referirnos a la actividad de cortar trenzas y al sadismo.

El fetichismo como intento de negar una verdad simultáneamente conocida, por otra parte, de la personalidad, presupone cierto desdoblamiento del yo.

Las personas a quienes su historia infantil ha permitido un uso excepcionalmente intenso del mecanismo defensivo de la negación, se hallan, por ello, predispuestos al fetichismo (633, 635, 694, 1215).

Hay una relación entre el fetichismo y las condiciones subjetivas normalmente planteadas como precondiciones para el amor. En parte estas condiciones previas presentan simplemente fijaciones infantiles ("tipo anaclítico") (585). En un grado mayor, sin embargo, son estructuradas de acuerdo con un mecanismo análogo al fetichismo. Las condiciones exigidas representan inconscientemente reaseguramientos contra peligros que se creen vinculados a la sexualidad.

Esta teoría sobre el fetichismo parece ser aplicable solamente a los casos masculinos. El hacer hincapié en un símbolo del pene no bastaría

para poner a la niña en condiciones de mantener la creencia de que posee un pene. En realidad, los casos de mujeres fetichistas son muy raros, por lo menos mucho más raros que los casos masculinos. Sin embargo, de los casos que han sido estudiados surge la probabilidad de que circunstancias excepcionales hayan colocado de hecho, a las mujeres en cuestión, en condiciones de hacer lo que en general no es probable: aceptar la presencia de un símbolo del pene como factor apaciguador de las emociones vinculadas a la idea de la carencia de ese órgano. También en el fetichismo femenino el papel principal corresponde al complejo de castración, con acentuada referencia al tipo de "cumplimiento de lo deseado" (20). El fetiche, en estos casos, también representa un pene, al mismo tiempo temido y deseado, el pene que la mujer desea poseer mediante una identificación con el padre (824).

TRANSVESTISMO

El homosexual masculino sustituye el amor hacia la madre con una identificación con la misma; el fetichista se niega a reconocer que la mujer carece de pene. El transvestista masculino adopta ambas actitudes a la vez (161, 416). Fantasea con la idea de que la mujer tiene pene, superando con ello su angustia de castración, y se identifica con la mujer fálica así creada. De aquí que el rasgo fundamental del transvestismo sea el mismo que hallamos en la homosexualidad y el fetichismo: la refutación de la idea de existencia de un peligro de castración. Sin embargo, la identificación con la madre no se establece imitando su elección de objeto, sino imitando "el hecho de ser mujer". El acto transvestista tiene dos significados inconscientes: a) un significado erótico-objetal y fetichista (la persona cohabita no con una mujer sino con sus prendas de vestir, representando éstas, simbólicamente, el pene de la misma); b) un significado narcisístico: el transvestista mismo representa la mujer fálica bajo cuya ropa se esconde un pene. Los transvestistas que son exhibicionistas en cuanto a la ostentación de su atavío femenino, muestran su pene simbólico de la misma manera y por la misma razón que los verdaderos exhibicionistas muestran realmente su pene. Una conducta de esta clase presupone una orientación bastante narcisista. A niveles más profundos, se hallan fantasías de introyección en las que el pene equivale a una mujer introyectada. En un nivel más superficial, el transvestista, identificado con una mujer fálica, busca nuevos objetos, en primer término, como en el tipo homosexual; 2, el padre, a quien parece decir: "Ámame como amas a mamá", y "No es cierto que este deseo mío ponga en peligro mi pene". Un factor accidental frecuente es que la identificación femenina puede representar no una identificación con la madre, sino con una "niñita" —una hermanita, por ejemplo (real o imaginaria)—, y en un nivel más profundo, con el propio pene (428).

En cuanto a transvestismo femenino, el ponerse vestimenta mascu-

lina no puede dar, desde luego, a la mujer que lo hace, la ilusión de tener un pene bajo la misma; pero puede dar la ilusión de que los espectadores lleguen a creer en la existencia de dicho pene, y tiene el significado de jugar "a ser hombre". "Hacer creer que se posee un pene" y jugar a "hacer el papá", son los significados inconscientes del transvestismo femenino. La diferencia entre el transvestismo de hombres y el de mujeres consiste en que el hombre, a pesar de jugar a "hacer de mujer", tiene de hecho la posibilidad de demostrarse a sí mismo que en el juego no pierde el pene, en tanto que la mujer no se halla en condiciones de obtener un reaseguramiento semejante; lo único que puede hacer es simular. El transvestismo en la mujer, por lo tanto, es un desplazamiento de la envidia del pene a la envidia de la apariencia masculina. El transvestismo masculino tiene un carácter más serio. El de la mujer tiene un carácter de "simulación".

EXHIBICIONISMO

En el exhibicionismo se intenta una negación de la castración simplemente por la sobrecautela de un instinto parcial. En los niños, el exhibicionismo tiene ciertamente el carácter de un instinto parcial. Todo niño siente placer en la ostentación de sus genitales, y en épocas pregenitales, en la ostentación de otras zonas erógenas y sus funciones (véase pág. 93). Los perversos regresan a este objetivo infantil porque la acentuación del mismo puede ser útil para la negación del peligro que se cree vinculado a la sexualidad normal. Un reaseguramiento contra la castración puede ser obtenido por un exhibicionista masculino de las siguientes maneras:

1. Dice inconscientemente a sus supuestos espectadores: "Reaseguradme de que tengo pene reaccionando a la vista del mismo". Una duda interna impele al individuo a acudir a sus objetos como testigos.

2. Dice inconscientemente a sus supuestos espectadores: "Reaseguradme de que mi pene os *atemoriza*, es decir, que me tenéis miedo, y entonces no tendré que estar atemorizado yo" (identificación con el agresor) (541). Esto resulta particularmente claro cuando los exhibicionistas alcanzan su placer solamente cuando realizan el acto perverso delante de niñas, que nunca habían visto un pene. (A veces puede haber también el temor de que, a causa de la inferioridad del pene, sólo las niñas podrán sentirse impresionadas, y no las mujeres adultas.)

El significado sádico del exhibicionismo masculino puede ser también resultado de ideas infantiles de ataques uretrales, y estar relacionado con el significado agresivo de mojar la cama, y de este modo, por lo tanto, con ciertos tipos de eyaculación precoz.

3. El acto exhibicionista es llevado a cabo como una especie de gesto mágico. Significa esto: "Te muestro lo que yo quisiera que pudieras mostrarme a mí" (555). En este plano, el exhibicionismo no sólo es una máscara de la escotofilia, sino que la exhibición del pene es concebida

también en términos de un recurso mágico para producir una situación en la cual la niña atacada pueda exhibir precisamente la misma cosa, es decir un pene, y no un órgano femenino. En este sentido, el exhibicionista actúa como el transvestista: hace el papel de "la niña que muestra su pene".

En su función de reasegurar al individuo contra la castración, el instinto parcial del exhibicionismo puede comprometer toda la energía sexual, facilitando de este modo la represión de las otras partes de la sexualidad infantil, especialmente el complejo de Edipo.

Una notable combinación de complejo de castración y "novela de familia" se puso en evidencia en un caso de exhibicionismo. La fantasía del paciente era que su padre no era realmente tal, sino un vil padrastro que quería castrarlo. El pene del paciente, sobrevalorado narcisísticamente, le proporcionaba la evidencia visible de un encumbrado origen. Con el acto de exponer su pene reclamaba el reconocimiento de este hecho, reconocimiento que necesitaba como escudo contra el peligro de castración.

Pero esta interpretación del exhibicionismo como un intento de superar el temor a la castración no puede aplicarse al caso de la mujer. En realidad, el exhibicionismo genital como perversión no existe en la mujer. Sin embargo, la exposición no genital de todas las otras partes del cuerpo, con un propósito de placer preliminar, es más común en el sexo femenino que en el masculino.

Harnik explicó esta diferencia en la elaboración del exhibicionismo en uno y otro sexo por la diferencia entre el complejo de castración masculino y el femenino. El hecho mismo de que la niña no tiene pene y siente esto como una herida para su narcisismo, le hace desplazar sus impulsos exhibicionistas y reemplazar su deseo infantil de exponer los genitales por el deseo de exponer todo el cuerpo con excepción de los genitales (736). Por esta razón, el exhibicionismo desplazado no se adapta a los propósitos de un reaseguramiento y no puede transformarse en una perversión.

El instinto parcial original de exhibicionismo es común a ambos sexos. Mientras que el hombre, que teme la posibilidad de perder el pene puede reasegurarse al respecto mostrando que el pene aún está, la mujer, que carece efectivamente de pene y siente esto como una herida de carácter narcisista, trata de ocultar esa carencia. Por lo tanto, el primitivo exhibicionismo genital infantil tiende, en el hombre, a reasegurar contra el temor a la castración. El exhibicionismo masculino conserva, por ello, su carácter genital, y puede desembocar en una perversión: es decir, el hombre muestra su potencia. El exhibicionismo femenino se desplaza de los genitales: es decir, la mujer muestra su capacidad de atracción. Allí donde el desplazamiento es insuficiente, la mujer exhibicionista *teme* ser fea o ridícula, o estar expuesta a ser lastimada. También la mujer intenta el empleo del exhibicionismo con fines mágicos, es decir, con el fin de forzar a los espectadores, mediante un hechizo, a dar lo que sea necesario. Pero no se halla nunca libre del temor de que los intentos de este género estén condenados al fracaso. La mujer exhibicionista se conduce siempre como

si estuviera simulando, y teme al mismo tiempo que la verdad salga a flote. La idea de quedar al descubierto en la condición de "castrada" es el principal contenido inconsciente de más de una histeria de angustia femenina. Es también el contenido típico del temor al tablado, en la mujer. (El hecho de que puedan hallarse ideas análogas en los casos masculinos de temor al tablado, se debe a que también el hombre puede presentar un tipo "femenino" de complejo de castración, es decir, tener la idea de que alguna vez fue realmente lesionado y que sus genitales resultarán ser inferiores en comparación con los de otros hombres [501]). En ciertas circunstancias puede verse un paradójico exhibicionismo de fealdad como resultado de un tipo obstinado y vengativo de complejo de castración femenino: un "gesto mágico" enderezado a castrar a los hombres al forzarlos a contemplar la "herida de castración" (483, 634, 739, 1249). Todos los conflictos neuróticos que giran alrededor del "exhibicionismo como medio de forzar la concesión de suministros narcisísticos", conflictos de que nos hemos ocupado en relación con la eritrofobia (véase pág. 234) y la inhibición social (véase pág. 211), actúan también en los perversos exhibicionistas.

A veces, sin embargo, una franca tendencia a exhibir los órganos genitales, en la mujer, tiene su papel en el placer preliminar. El análisis demuestra que esto sucede en el caso de mujeres cuyas experiencias les han permitido mantener en alto grado la ilusión de poseer un pene.

La preferencia por el exhibicionismo genital, en la mujer, está habitualmente unida a una preferencia por el cunilingüe, que implica la oportunidad de una ostentación bastante intensa de los genitales frente al hombre. Una paciente tenía la fantasía masturbatoria de que tenía que cortarse un trozo del vestido como para mostrar los genitales. Este exhibicionismo estaba combinado con una predilección por el cunilingüe. Tenía la idea inconsciente de vengarse de los hombres mediante un encantamiento que los colocaría en situación de dependencia y de miedo frente al mismo órgano que alguna vez "despreciaron". Mostrarse a sí misma como castrada era un gesto mágico destinado a castrar al espectador. En otro plano, la paciente creía inconscientemente tener un pene. Su perversión exigía que los hombres miraran "más cuidadosamente", que así encontrarían el pene.

Es comprensible el hecho de que una tendencia exhibicionista de este género aparezca las más de las veces como desplazada de los genitales a un "pene simbólico". Una paciente se sentía extremadamente orgullosa de sus hermosos pies, y le gustaba andar descalza y mostrar fotografías en que aparecía descalza. Tenía también el síntoma neurótico de la necesidad de extender y separar los dedos de los pies durante el coito.

El exhibicionismo femenino, aunque no puede servir para reasegurar contra el sentimiento de estar castrada, puede ser usado con propósitos de venganza, de dos maneras: a) por la ostentación de la belleza y el encanto femeninos, que pueden responder a la actitud inconsciente de humillar a los hombres, haciéndoles admirar y caer en estado de dependencia frente a aquello que anteriormente despreciaron (el método de Circe, que convertía a los hombres en cerdos al seducirlos con su belleza); b) por la exhibición de sus "feos" genitales, lo cual encierra el sentido inconsciente de humillar a los hombres amenazándolos porfiadamente: "Yo estoy castrada; ¡muy bien, mostrando esto, voy a castrarte también a ti!"

Cuando estas actitudes sádicas inconscientes son intensas, provocan sentimientos de culpa y temores. Un ejemplo de temor originado de esta manera, es el que experimentan los niños cuando, después de jugar a "hacer feos muecas", sienten el temor de que la supuesta fealdad pueda resultar permanente.

VOYEURISMO

En el inconsciente de los *voyeurs* se hallan las mismas tendencias que en los exhibicionistas. Las experiencias infantiles a las cuales quedan fijados los *voyeurs* a veces son escenas que procuraron reaseguramiento; así por ejemplo, escenas tales como el incidente del fetichista del pie en el caso de Freud (596). Sucede con mayor frecuencia que los *voyeurs* quedan fijados a experiencias que provocaron su angustia de castración, ya se trate de escenas primarias o de la contemplación de genitales adultos. El paciente intenta negar el fundamento de este miedo repitiendo, con algunas alteraciones, las escenas temidas; este tipo de *voyeurismo* se basa en una ansia de recuerdos encubridores, es decir, de experiencias bastante semejantes a la original como para sustituirla, pero difiriendo en el punto esencial, para poder de este modo procurar un reaseguramiento en el sentido de que no hay peligro (1198). Esta tendencia puede estar condensada con una tendencia a repetir una escena traumática con el propósito de lograr un tardío control.

Donde con más claridad se ve este significado inconsciente de la escopofilia es en aquellos casos en que la gratificación es obtenida únicamente si la escena sexual de la que el paciente quiere ser testigo reúne ciertos requisitos muy definidos. Estos requisitos representan, en tal caso, o bien la repetición de detalles que caracterizaron la importante experiencia infantil o la negación de estos mismos detalles o de su carácter peligroso.

Abraham relató el caso de un perverso que sólo podía obtener gratificación a condición de que un hombre y una mujer realizarán un coito en una habitación contigua. El paciente comenzaba a llorar, y entonces la mujer tenía que abandonar a su compañero y correr apresuradamente hacia el paciente. Esto representaba probablemente el deseo que quedó insatisfecho cuando, siendo niño, realmente presencié la escena primaria. Sabina Spielrein describió una perversión de "acechar" con la cual el paciente trataba de superar una temprana represión de la erogeneidad genital y manual, provocada por un intenso temor a la castración (1454).

El hecho de que no existe un espectáculo capaz de procurar realmente el reaseguramiento que los pacientes anhelan, tiene varias consecuencias para la estructura de los *voyeurs*; o bien crean una actitud de insaciabilidad —tienen que mirar una y otra vez, y ver más y más, con creciente intensidad— o desplazan su interés, ya sea de los genitales a las actividades preliminares del coito o a la pregenitalidad, o en general hacia escenas que pueden servir mejor, como reaseguramiento, que la contemplación de verdaderas escenas genitales.

A causa de la insaciabilidad, el deseo de mirar puede adquirir una significación sádica cada vez mayor. En el caso del *voyeurismo* femenino, donde la idea de que otras niñas tienen pene no podría servir de reaseguramiento contra el complejo de castración, el espiar puede ser, desde el comienzo, sustituto de una conducta sádica. "Yo no lo hice, yo sólo observé

al otro que lo hacía”, es una excusa que los chicos dan con mucha frecuencia (véase pág. 556). De la misma manera, los *voyeurs* desplazan su interés por destruir (castrar), hacia el de mirar, a objeto de evitar los sentimientos de responsabilidad y de culpa. Fracasan por lo general, y el mirar adquiere el significado inconsciente del impulso original.

La curiosidad, en las mujeres, se halla a veces inspirada, más o menos abiertamente, en el propósito de presenciar catástrofes, accidentes, escenas de guerra, operaciones, escenas de hospital y otras semejantes. Tal curiosidad representa tendencias sádicas activas de castración, derivadas de la acción a la observación.

El anhelo de reemplazar la acción por la contemplación hace que las personas que se hallan en conflicto acerca de si han de seguir o no determinado impulso, tengan el ansia de que algún otro realice el acto en cuestión. El alivio de responsabilidad logrado de este modo, explica la eficacia del “ejemplo seductor” (1258).

CORTAR TRENZAS

Como complemento de lo expuesto sobre exhibicionismo y *voyeurismo* será necesario que mencionemos una forma específica de sadismo que se relaciona con estas perversiones y que puede servir más tarde como punto de partida para el examen del sadismo. Por razones obvias, esta perversión —cortar trenzas— se ha convertido hoy en día en una rareza. En ella se combina el ataque de carácter sádico con una preferencia fetichista por el cabello, y se debe principalmente al mismo mecanismo de reaseguramiento operante en el exhibicionismo: la identificación con el agresor. Su significado es el siguiente: “Si yo corto las trenzas de otras personas, las mías no serán cortadas. Yo soy el cortador, no aquel a quien le cortan.”

Sin embargo, la castración simbólica aparece aquí bajo un disfraz asombrosamente tenue. Harnik, en el análisis de un cortador de trenzas, pudo demostrar que en el inconsciente del paciente la idea “Yo soy el castrador y no el castrado” estaba condensada con esta otra: “Estoy realizando una castración solamente simbólica, no real”. En la fantasía de este paciente desempeñaba el papel más destacado la idea de que el cabello de las niñas atacadas volvería a crecer. Mediante el análisis fueron hallados también otros detalles, que servían para repudiar la idea de castración (740).

El placer de reaseguramiento que se encierra en el hecho de que un juego que representa una castración simbólica no sea una castración real y definitiva, se evidencia en el deleite que los varones muestran al tironear el cabello a las niñas, cosa que representa, fuera de toda duda, una forma atenuada de esta práctica de cortar trenzas. Una preferencia por mujeres tullidas (307a) o cualquier otra manera visible de hacer hincapié en la castración del partenaire sexual, se revelan en el análisis como una combinación de ambas formas de reaseguramiento contra la angustia de castración: “Yo soy el castrador, no el castrado” y “La castración de ella es simbó-

lica, no real”. Las perversiones de esta índole están íntimamente relacionadas con actitudes contrafóbicas en el carácter del individuo.

COPROFILIA

Cuando la excitabilidad sexual de una persona adulta continúa vinculada a las funciones excretoras (ya sea con las de su objeto o autoeróticamente con las suyas propias), demuestra claramente que su sexualidad se halla en un nivel infantil. Pero también en estos casos la regresión sirve de defensa contra deseos genitales, no sólo de un modo general, como sucede en todo neurótico obsesivo, sino también de manera más específica, representando las fantasías coprofílicas, por lo general, intentos de negar el peligro de castración. En casos de pronunciada perversión anal encontramos muy a menudo que este interés se ha visto acrecentado a expensas de un interés uretral originariamente de igual intensidad, y ello debido a que no existe diferencia de sexo en las funciones anales. La acentuada anidad expresa el deseo de alcanzar placer sexual sin tener que recordar la diferencia entre los sexos, cosa que movilizaría el temor a la castración. En un plano más profundo, es válida la equiparación simbólica de *heces* = *pene* (593). Por lo tanto, la idea que inconscientemente expresa el varón escotofílico perverso, que quiere ver a las mujeres defecando, es ésta: “Quiero ver que algo que se asemeja a un pene sale, a pesar de todo, del cuerpo de la mujer”. De manera análoga, lo que siente la mujer interesada sexualmente en sus propias funciones anales, es lo siguiente: “Después de todo, tengo un órgano que sobresale del cuerpo”. El concepto de “niño” (regalo) constituye un puente entre el concepto de heces y las ideas genitales.

Frances Deri observó un caso de coprofilia que se debía al hecho de que el paciente, siendo niño, había visto a su madre defecando. El significado inconsciente de esta experiencia era análogo al del fetichista que contempló el pie de su institutriz. Las heces de la madre fueron percibidas como un símbolo de pene.

Las perversiones erótico-uretrales —especialmente un interés sexual de parte del hombre en la micción femenina— implican, aparentemente, el dirigir especialmente la atención a la diferencia entre los sexos, y no parecen adecuadas, en consecuencia, para procurar un reaseguramiento contra los temores de castración. El análisis de estos casos demuestra, sin embargo, que de hecho ciertas experiencias de la infancia, de carácter especial, han hecho viable el hacer valer incluso la micción femenina para el logro de un reaseguramiento de esta índole.

En un caso en que el interés sexual se concentraba en la micción femenina, quedó demostrado primeramente que este interés significaba, en un sentido general, lo siguiente: “Cada vez que me excito sexualmente, se actualiza mi complejo de castración.” Resultó luego que la perversión significaba primariamente un intenso rechazo

de toda idea de pene. Se había desarrollado para asegurar la represión de tempranas experiencias homosexuales de carácter anal. El significado de la orina femenina era el de no ser "heces de hombre". Cuando niño, el paciente había creído que las mujeres no tienen más que una abertura, y que orinan por el ano. La perversión constituía por consiguiente, un intento de lograr placer sexual sin tener que recordar ni el pene ni las heces. La micción femenina aparecía así como cosa limpia y con carácter de juego. No movilizaba los temibles pensamientos vinculados a la función masculina de mover el vientre. La perversión estaba condicionada por una simultánea inhibición del acto de contemplar, lo cual le permitía al paciente aferrarse a la fantasía de que las mujeres orinan por el ano, y evitar una vez más, de este modo, que la contemplación de una mujer orinando le hiciera recordar la castración. En un plano más profundo, el interés por ver a las mujeres orinando significaba la esperanza de descubrir que también ellas tienen un pene. "La niña que orina" significaba, por sí misma, "un pene que orina" (428).

En la coprolalia, es decir, en el goce que se halla en proferir obscenidades y en el interés exagerado por la pornografía, se expresa una combinación de coprofilia, exhibicionismo y sadismo (366). En las palabras obscenas queda un remanente del viejo poder mágico que originalmente tuvo el lenguaje en general. Fuerzan, o tratan de forzar, al que escucha, a visualizar con alucinatoria claridad, los objetos a que aluden (451). Con frecuencia los lectores de literatura pornográfica imaginan la presencia de una persona "inocente" que escucha (o imaginan en sí mismos a tal escucha inocente), que desempeña el mismo papel que los "atemorizados" objetos del exhibicionista o del cortador de trenzas. (El blasfemar puede ser, por ello, un sustituto de la coprolalia.) (1154.) La coprolalia durante el coito, hace uso del partenaire sexual para el mismo objetivo de lograr reaseguramiento. El uso de palabras obscenas proporciona la sensación de que los peligrosos "demonios de la sexualidad" se hallan bajo control (véase pág. 336).

En los amantes de la pornografía nos encontramos a menudo con dos actitudes de reaseguramiento, contradictorias entre sí: 1) el hecho de que la descripción de detalles sexuales aparezca impresa, prueba la existencia objetiva de la sexualidad. Por el mecanismo de "compartir la culpa", esto produce un alivio del sentimiento de culpa, al hacer más "objetivas" las fantasías sexuales. 2) La temida sexualidad no es enteramente real, sin embargo. En vez de ser vivida a través de una experiencia real, la sexualidad es disfrutada por empatía, a través de la lectura de un libro, resultando de este modo menos peligrosa.

La masturbación con ayuda de literatura pornográfica se halla más cerca de la sexualidad normal, en un sentido, que la masturbación que prescinde de tal auxilio, porque el libro representa, en este caso, un término medio entre la fantasía sexual y la realidad sexual. Tratándose de adolescentes, o de personas con inclinaciones perversas que sienten vergüenza de admitir sus deseos, el libro o la lámina pueden constituir simplemente un sustituto del partenaire sexual.

Ya en los términos mismos de pornografía y coprolalia se destaca la vinculación con el erotismo anal. Las obscenidades anales son, a veces, realmente preferidas a las genitales, pero aun cuando no sea éste el caso,

el placer de las obscenidades genitales se halla a menudo vinculado al concepto de que estas obscenidades son "sucias".

El "negativo" de los impulsos coprolálicos desempeña un gran papel en la psicología del tartamudeo y del tic, y en numerosos síntomas compulsivos, en los que la sexualización inconsciente de las palabras tiene por regla general un significado anal. La vinculación entre las palabras y el erotismo anal es evidente en la corriente compulsión de leer mientras se está sentado en el retrete. Esto se debe a la idea de que, al mismo tiempo que una sustancia es expulsada del cuerpo, otra sustancia deberá entrar en él.

PERVERSIONES ORALES

Una preferencia por la zona oral como instrumento de gratificación sexual raras veces se presenta como una perversión completa por sí misma, que excluya la posibilidad de otras formas de gratificación sexual. Una vez más, el análisis demuestra que la boca se constituye en sustituto preferente de los genitales en aquellos casos en que la actividad genital se halla inhibida por el temor a la castración (13). Esto resulta claro en aquellos casos de "felacio" que en el análisis se manifiestan como negación de arrancar el pene de un mordisco o como equivalente de hacerlo. También en la preferencia del cunilingüe ambos sexos pueden estar influidos por la tendencia a excluir del acto el pene o por la fantasía de un pene femenino oculto.

El análisis de un paciente con preferencia por el cunilingüe demostró que tenía la fantasía de ser una mujer disfrutando del goce de la homosexualidad femenina. Esta fantasía constituía un fugarse del pene, el cual movilizaba el temor a la castración.

EXTREMA SUMISION SEXUAL

Una extrema sumisión, como condición para el logro de una gratificación sexual, es una perversión que se presenta no sin frecuencia en la mujer, y ocasionalmente también en el hombre (1200, 1261). Representa una extrema exageración de ciertos rasgos que se hallan presentes en todo "enamoramiento", es decir, se desplaza el centro de gravedad de la propia existencia a la personalidad del partenaire. El paciente vive solamente con el partenaire y a través de él, siente que por sí no es nada y que el partenaire lo es todo. Está dispuesto a realizar cualquier sacrificio en beneficio del partenaire (y especialmente para despertar en el partenaire el interés por él mismo). El "enamoramiento", de por sí, no es por cierto una perversión, pero lo es allí donde la única excitación sexual posible consiste en la sensación de la propia insignificancia en comparación con la grandeza del partenaire (606).

Esta descripción nos muestra la perversión de que tratamos, como un estado de transición entre el apasionamiento amoroso y el masoquismo.

Tiene de común con el primero su carácter monomaniaco, y con el segundo, el goce de la propia insignificancia.

El sentimiento de que "yo soy pequeño, el amado es grande", por cierto constituye, ante todo, una reminiscencia inconsciente de la época en que esto era literalmente cierto, es decir, cuando el paciente era niño y sentía amor por una persona adulta. La "sumisión" apunta hacia el complejo de Edipo, y ciertos rasgos de la misma son frecuentes en las personas histéricas en general. Sin embargo, cuando esta sumisión se intensifica hasta llegar a constituir una forma de perversión, no refleja tan sólo el amor del niño hacia sus padres, sino especialmente un determinado aspecto de este amor.

Ya hemos dicho que un genuino clímax genital, en una relación de objeto, acarrea también una especie de regresión a su precursor más temprano. Es una incorporación, en la medida en que se produce un sentimiento de unión y desaparece el sentimiento de separación. El apasionamiento se caracteriza por la modalidad que adquiere este sentimiento: "Somos uno, pero el partenaire constituye la 'mitad' más importante". La sobreestimación del partenaire sexual significa al mismo tiempo: "Participo de la grandeza de mi partenaire". En este sentido, todo amor es una "gratificación narcisista", una recuperación de la omnipotencia perdida y proyectada (585).

En una forma más exagerada, se observa un sentimiento similar en un género de relaciones que por cierto no pueden calificarse de amor: es el caso de las personas en quienes la sobreestimación del partenaire no contradice el hecho de que no tienen interés en la personalidad de éste ni idea alguna de la misma, y que pueden llegar a sentir la misma admiración, hoy por un objeto y mañana por otro. Éstas son personas que no llegaron nunca a ser personalidades completas, a su propia manera, y que por eso necesitan la "participación" en una unidad mayor para poder sentir su propia existencia. Son las personas fijadas oralmente, que siempre necesitan prueba de ser amados, sin ser capaces por su parte de amar activamente (véase "adictos al amor", pág. 430).

La lucha por los necesarios suministros narcisísticos puede tener lugar de diversos modos. Uno de los modos está representado por la fantasía de ser incorporado por el objeto, de ser nada más que una parte de una personalidad más poderosa, y de superar, de ese modo, la propia insuficiencia (265, 712). La idea de ser incorporado puede ser utilizada simultáneamente como una defensa contra la idea sádica de incorporar activamente. Si puede lograrse el sentimiento de que la unión con el partenaire se realiza sin mediar la acción del sujeto, ya no hará falta una manera violenta de establecerla (428). Pero la negación del sadismo no siempre tiene éxito, y a menudo resulta enteramente evidente que el "amor" de la persona sumisa hacia su omnipotente partenaire es de carácter muy ambivalente.

La base inconsciente de esta perversión, la "extrema sumisión", es la fantasía de constituir una parte del cuerpo del partenaire. Esta fantasía

es un intento de refutar el temor de ser abandonado, que anteriormente había perturbado el goce sexual.

En 1925 Josine Müller decía, describiendo un caso de este género: "La paciente imaginaba ser el pene de su glorificado padre, y con ello su parte predilecta y más importante" (1160). Más tarde, Frances Deri sostuvo la idea de que la fantasía de ser una parte del cuerpo del partenaire constituye la base de la "extrema sumisión". Otros autores han confirmado esta tesis (428, 436, 1055, 1261).

La identificación con el pene del partenaire es una fantasía que encontramos en ambos sexos. La fantasía básica del transvestismo masculino, "me muestro como una mujer fálica", se halla a menudo condensada con la fantasía de hacer el papel de pene.

En un paciente, la feminidad se hallaba vinculada a un ingenuo amor narcisista hacia su pene, al que daba un sobrenombre cariñoso. Hasta el nombre femenino que gustaba tomar cuando hacía el papel de niña, era muy parecido a este sobrenombre del pene (416).

La identificación con el pene es aún más frecuente en las niñas. Esta fantasía ("soy un pene") es aquí una fuga del conflicto entre dos tendencias contradictorias que se expresan de este modo: "Me gustaría tener un pene" y "me gustaría amar a un hombre". La fantasía de ser el pene de un hombre, y hallarse vinculada de este modo, en indestructible y armoniosa unión, al hombre, sirve a la represión sobrecompensatoria de la idea opuesta: "Deseo robar el pene de un hombre y temo por ello su venganza".

Los peligros que son negados mediante esta fantasía pueden ser de diferente carácter. O bien el pene con que se identifican los pacientes representa "el pene de la madre", y en consecuencia niega la existencia de seres sin pene, o bien representa "el pene del padre", y niega con ello la angustia mediante una "identificación con el agresor".

Todos los casos en que las relaciones con el pene están regidas por fantasías de introyección, tienen por base una historia pregenital. El pene con que se identifican las personas sometidas representa también el niño, las heces (el contenido del vientre materno) o la leche. El pene es solamente el último eslabón de una larga cadena de objetos introyectados (593).

Puede hallarse también una extrema sumisión en ciertas formas del culto a los héroes que se hallan basadas en la fantasía inconsciente de ser una parte del héroe. Es característica en cierto tipo de religiosidad, en que la devoción a Dios se halla vinculada a la fantasía de que sin uno mismo Dios sería tan incompleto como uno mismo lo es sin Dios. En este caso toma curso la fantasía de que no solamente uno es débil, desvalido y tan sólo una parte del poderoso partenaire, sino también que representa la parte más importante y poderosa de éste. Así como uno efectivamente depende del partenaire, se considera a éste, a su vez, como dependiendo mágicamente de uno mismo.

RILKE¹

*“Was wirst Du tun, Gott, wenn ich sterbe?
Ich bin Dein Trank, wenn ich verderbe,
bin Dein Gewand und Dein Gewerbe,
Ich bin Dein Krug; wenn ich zerscherbe,
mit mir verlierst Du Deinen Sinn.”*

ANGELUS SILESIVS²

*Ich bin so gross als Gott: er ist als ich so klein:
er kann nicht über mich, ich unter ihm nicht sein.”*

*.....
“Ich weiss, dass ohne mich Gott nicht ein Nu kann leben,
werd'ich zu nicht, er muss vor Nöt den Geist aufgeben.”*

S A D I S M O

¿Puede aplicarse al sadismo la teoría general de las perversiones, es decir, es concebible que el torturar un objeto pueda procurar un reaseguramiento contra el temor a la castración? Y en caso afirmativo, ¿a qué se debe la elección específica de esta forma de reaseguramiento?

Si el placer sexual es perturbado por la angustia, es comprensible que una “identificación con el agresor” (541) pueda constituir un alivio. Si una persona es capaz de hacer a otros lo que teme que le puedan hacer a él, ya no tiene por qué tener temor. Por lo tanto, todo lo que tiende a aumentar el poder o el prestigio del sujeto, puede ser usado como reaseguramiento contra la angustia. *Lo que tendría que sufrir pasivamente, el sujeto, en previsión de ser atacado, lo hace, en forma activa, a los demás.*

Entre los niños que sufren de angustia, los hermanos o hermanas mayores se hallan siempre en mejor situación que los menores, porque pueden amenazar a éstos.

La idea de que “antes de poder gozar sexualmente debo convencerme de ser poderoso” todavía no es, a buen seguro, igual a esta otra: “Logro placer sexual torturando a otras personas”. Sin embargo, la primera constituye un punto de partida para la aparición del sadismo. El tipo de exhibicionista “amenazador”, el cortador de trenzas y el hombre que muestra

¹ “¿Qué será de ti, Dios, cuando yo muera?

Soy tu bebida, cuando me extingo,
soy tu traje y tu oficio,
soy tu jarra; si me hago pedazos,
pierdes, conmigo, tu sentido.”

² “Soy tan grande como Dios: Él tan pequeño como yo:
no puede estar sobre mí, ni yo bajo Él.”

.....
“Sé que sin mí Dios no puede vivir un instante.

Si yo desaparezo, deberá entregar forzosamente su alma.”

láminas pornográficas a su “inocente” partenaire, disfruta de la impotencia de éste porque ella significa “no tengo por qué temerle”, y esto hace posible, a su vez, el placer que de otro modo estaría bloqueado por el miedo. Mediante la amenaza a sus objetos, los sadistas de este tipo demuestran su preocupación respecto a la idea de que ellos mismos podrían ser amenazados.

Hay muchas personas que temen no sólo la posibilidad de ser víctimas de alguna forma de castración durante el acto sexual, sino también la de ser dañados por su propia excitación. Una vez más, pueden librarse de este temor si logran despertar en otros un parejo temor a la excitación.

Análogo a esto es el frecuente síntoma obsesivo de la risa como reacción a noticias de muerte. Este síntoma no se presenta tan sólo tras la muerte de una persona acerca de la cual el paciente haya tenido previamente deseos inconscientes de muerte. Puede ser una expresión de reaseguramiento, de carácter mucho más general, contra la angustia producida por la noticia, en cuanto subraya el propio triunfo: “El que murió es el otro, no soy yo”.

A menudo los sadistas no sólo luchan con una inconsciente angustia respecto a la castración o al peligro de su propia excitación, sino también contra ciertas tendencias autodestructivas que ellos mismos albergan. El origen de las tendencias autodestructivas será examinado más adelante (véanse págs. 405 y sigs.). Pero una vez que estas tendencias se han formado, son combatidas mediante el procedimiento de volverlas hacia afuera, contra los objetos sexuales. Dado que el masoquismo surge, por regla general, de la vuelta hacia adentro de un sadismo originario, pueden producirse tres capas. El sadismo manifiesto de la tercera capa es muy diferente de la originaria hostilidad de la primera capa. En su estudio titulado *Pegan a un niño*, Freud describió el desarrollo histórico típico de esta triple formación (601).

A semejanza de los cortadores de trenzas, hay también otros sadistas que proceden no solamente según la fórmula “soy el castrador, no el castrado”, sino también de acuerdo con la idea complementaria: “soy solamente un pseudo castrador, no un castrador real”. Castrando simbólicamente en vez de hacerlo de manera efectiva, consiguen, a través de las experiencias de sus víctimas, reasegurarse de que las terribles cosas que ellos temían no son tan enteramente terribles, después de todo. Los actos perversos que realmente son llevados a cabo por los sadistas tienen a menudo un carácter de juego y tienen el mismo propósito que toda otra clase de juego. El paciente, temeroso de una posible vinculación entre una excitación sexual completa y la castración, trata de aprender a controlar esta situación vinculando los actos sexuales, en forma activa y de tanteo, a “castraciones menores”.

La idea de que el cabello vuelve a crecer —en el caso de los cortadores de trenzas— y en los coprofilicos la idea de que las heces vuelven a producirse todos los

días, es usada como "prueba" de que la castración no tiene por qué ser definitiva (740, 1054).

El caso siguiente muestra la misma tendencia en una forma algo más complicada. Las fantasías sexuales de un paciente neurótico obsesivo estaban llenas de ideas sádicas de hacer avergonzar a las mujeres. Se trataba de obligar a las niñas a mostrar su excitación sexual en una forma humillante. Durante su infancia, el paciente acostumbraba masturbarse por el ano. Se sentía muy avergonzado por ello, y efectivamente ocultó cuidadosamente esa actividad. Su neurosis estaba dominada por un temor a ser descubierto y por una anticipada vergüenza. Siendo niño había tenido el anhelo inconsciente de ser descubierto, e incluso había tratado de provocarlo. El motivo de esto último no era tanto una necesidad de castigo como un intento de seducir a otros, un anhelo de apartarse del autoerotismo hacia objetos que pudieran participar en sus actividades sexuales.

En sus actividades y fantasías de carácter sádico hacía a los demás lo que, en forma ambivalente, había pensado alguna vez que podría sucederle a él. Su sadismo tenía los significados siguientes: 1) Lo que el paciente teme, no le sucede a él, sino que él se lo hace a otros. 2) Aquello que anheló —y que al mismo tiempo había temido— finalmente ha sucedido, y lo experimenta en una forma "altruista" y por lo tanto sin peligro, en lo que siente con las niñas a quienes hace lo que debió habersele hecho a él. 3) Lo que realmente tiene lugar no es castración sino únicamente el "mal menor" de ser avergonzado.

En los casos de extrema sumisión, el sentimiento de unidad con un objeto, del que resulta un reaseguramiento contra la angustia de ser abandonado, se logra mediante la idea de ser una pequeña parte del enorme cuerpo del partenaire. Puede lograrse también por la idea opuesta, de que la otra persona no es más que una pequeña parte del cuerpo propio. Y este sentimiento puede ser el resultado de crear una situación en la que el partenaire dependa absolutamente del paciente y de sus antojos.

Un paciente había tenido la costumbre de jugar, siendo niño, al juego "sádico" de "hipnotizar" a todo el mundo. Gozaba con la idea de la impotencia de sus víctimas. Antes de eso había sido tartamudo y había sido ridiculizado por su hermana. Este recuerdo había sido usado para encubrir otras situaciones en que la hermana lo había ridiculizado por su inferioridad sexual. La fantasía sádica del hipnotismo era una venganza contra la hermana. Valiéndose de ella, le mostraba a la hermana su superioridad e incluso su omnipotencia. Mediante su sadismo, negaba su temor de ser sexualmente inferior (castrado). Pero las dudas de la hermana sobre su masculinidad debían su eficacia al hecho de coincidir con sus propias dudas. Los sueños revelaron que la idea de hipnotizar había reemplazado a una idea más antigua, la de ser hipnotizado por el padre. De esta manera, el sadismo era usado para contradecir un peligroso masoquismo.

Sin embargo, el reaseguramiento mediante la idea de que lo que se hace a la víctima no es realmente serio, no es eficaz, por lo general, para el sadismo, ya que ocurren actos sádicos en que la víctima resulta herida de mucha gravedad e incluso pierde la vida. En estos casos, la idea de evitar una terrible experiencia pasiva perpetrándola activamente sobre otros y la de establecer una unión mística con la víctima, deben ser decisivas.

Hasta el presente no ha sido analizado ningún asesino sexual. Pero si se pueden tomar en cuenta tanto los casos en que las fantasías de esta índole desempeñaron un papel predominante (1444) como las experiencias recogidas en el caso de sadistas menos extremados, se puede suponer que en tales casos el superyó desempeña un papel que complica la situación (1029). El acto sádico no significa solamente "mato para evitar que me maten", sino también "castigo para evitar el ser castigado", o más bien "fuerzo el perdón mediante la violencia". Las personas que sienten la necesidad de suministros narcisísticos muestran, al ser frustrados, una tendencia a responder con reacciones sádicas intensas. En ciertas circunstancias, esta tendencia puede intensificarse hasta culminar en un acto que constituye la negación de un temor por otro. En vez de "si hago algo sexual, tendré que ser castigado", ahora es: "Te torturo hasta obligarte, por la intensidad de tu sufrimiento, a perdonarme, a liberarme del sentimiento de culpa que bloquea mi placer, y de este modo, mediante y en tu perdón, a procurarme una satisfacción sexual". El sadista, que pretende ser independiente, delata de este modo su profunda dependencia de su víctima. Obliga a su víctima a amarlo por fuerza. El amor que busca es de carácter primitivo, y tiene el significado de un "suministro narcisístico".

El modelo de este tipo de sadismo es el Rey Federico Guillermo de Prusia, quien acostumbraba pegar a sus súbditos, al mismo tiempo que les gritaba: "¡No debes temerme, debes amarme!"

Estas complicaciones, que surgen del superyó, indudablemente desempeñan también su papel en el tipo de sadismo del "mal menor".

El material que precede demuestra que en la perversión del sadismo el componente instinto sádico es utilizado realmente para lograr un reaseguramiento contra el temor a la castración. La tendencia a dominar la angustia por este medio depende, por supuesto, de la historia primitiva del componente instintivo sádico (1157).

Este componente instintivo, para empezar, puede ser, por razón de constitución, particularmente fuerte. Algunos niños muestran más placer que otros en torturar animales. Las fijaciones sádicas reconocen las mismas causas que las demás fijaciones (véanse págs. 83 y sig.). Las frustraciones intensifican particularmente la cualidad sádica con que el fin de la tendencia frustrada es eventualmente perseguido, en cierto momento. No hay ninguna duda de que las características sádicas se hallan vinculadas más a fines pregenitales que a fines genitales. Los impulsos sádicos no se limitan, por supuesto, a pulsiones correspondientes a una zona erógena específica. Hay un sadismo manual, o más correctamente, un sadismo relacionado con el erotismo muscular (1338, 1346). Hay un sadismo de la piel, que es probablemente una proyección del "masoquismo erógeno" de la piel y la fuente del placer sexual de pegar (601, 613). Hay un sadismo anal (rechazado en la neurosis obsesiva) (581). Hay un sadismo oral, cuyos rasgos distintivos fueron estudiados más específicamente en las neurosis que representan "negativos" de estas perversiones —la neurosis impul-

siva y la depresión— que en las perversiones mismas. Abraham (26) y Van Ophuijsen (1205) demostraron, sin embargo, que también en la perversión del sadismo los fines sexuales pueden ser derivados de las tendencias destructivas del período oral. Y hay también un pronunciado sadismo fálico (385). El hecho de que la idea de incorporación está vinculada, objetivamente, a la destrucción del objeto, hace que todas las relaciones de objeto que tienen como objetivo la incorporación sean ambivalentes. Los individuos que regresan a fines de incorporación son precisamente los mismos que tienden también a hacerse sadistas.

En su estudio titulado *Pegan a un niño*, Freud investigó la historia evolutiva de fantasías típicamente sádicas (o más bien sadomasoquistas) en la infancia (601). Pudo demostrar que los conflictos que giran alrededor del complejo de Edipo vinculan la idea de excitación sexual a hostilidades, angustias y sentimientos de culpa. Las fantasías de pegar son el resultado de estas complicadas conexiones.

La idea, tan frecuente, de que “pegan a un niño”, es el resultado de una evolución que pasa por varias etapas. En el plano más profundo, la fantasía conserva el recuerdo del período autoerótico, en que el niño pegado tiene el significado de pene o clitoris, y el hecho de pegar el significado de estimulación masturbatoria (617). El recuerdo referente a la masturbación infantil resultó deformado a causa de la condensación del placer sexual con la idea de que cierta persona odiada debía ser pegada. Según Freud, esta persona odiada representa el rival, el otro niño: “Los golpes que da mi padre al otro niño me reaseguran respecto a que me quiere a mí” (601). También puede representar a la madre odiada (112). Los sentimientos de culpa por este odio dan origen a una identificación con la persona golpeada, y la idea “mi padre me pega” resulta al mismo tiempo una expresión de castigo por alimentar malos deseos contra el rival y un sustituto deformado de esta otra idea: “mi padre me ama”. La evolución subsiguiente difiere de uno a otro sexo. En las niñas, la idea de ser pegada por el padre es peligrosamente cercana al censurable deseo edípico. Se produce una represión de la idea de que es el padre quien pega y el sujeto la persona a quien pegan. Lo que queda es una fantasía poco clara de que “pegan a un niño” (usualmente un varón), fantasía que puede ser sentida tanto en forma sádica como masoquista (60). En los varones, la fantasía resulta decisiva solamente cuando un deseo edípico negativo sexualiza la idea de ser pegado por el padre. Los masoquistas masculinos sustituyen la idea inconsciente de ser pegados por el padre por la idea menos censurable de ser pegados por una mujer (la madre). Los sadistas masculinos cambian la idea inicial mediante una identificación con el padre que pega, con lo cual niegan ser ellos mismos el niño a quien pegan (112, 1432).

De esta manera, las perversiones sadomasoquistas también sirven para reprimir las consabidas y dañinas ideas de la sexualidad infantil, las tendencias edípicas y el temor a la castración. Una vez más, el sadista es una persona que ha mantenido consciente, e incluso exageradamente, una parte de su sexualidad infantil, para facilitar la represión de las partes más censurables de la misma.

MASOQUISMO

Los problemas del masoquismo son análogos a los del sadismo, pero más complicados en un aspecto. El masoquismo contradice aparentemente el principio de placer. En tanto que, en general, el hombre tiende a evitar todo lo que sea dolor, en los fenómenos del masoquismo el dolor parece proporcionar placer y constituir un objetivo que el individuo se empeña en lograr (613).

Un intento de aplicar la fórmula general válida para las perversiones conduce a aparentes contradicciones. Por un lado, el conflicto entre el impulso y la angustia es evidente en los masoquistas. Abiertamente ostentan tendencias contradictorias de luchar por la satisfacción y de posponerla. Prefieren, aparentemente, el placer preliminar al placer final, y la fantasía a la realidad (1297, 1299). Por otro lado, parece una paradoja que un dolor temido pueda ser evitado o negado mediante un sufrimiento real.

La experiencia clínica demuestra que esta paradoja efectivamente es posible y se produce, siempre y cuando sean llenadas una o varias de las condiciones siguientes:

1. Ciertas experiencias pueden haber hecho arraigar tan firmemente la convicción de que el placer sexual tiene que estar unido al dolor, que el sufrimiento se ha convertido en un prerrequisito del placer sexual, prerrequisito al que no se tiende originariamente, pero sí es buscado secundariamente como precio que es forzoso pagar para excluir perturbadores sentimientos de culpa (1277).

2. Las actividades masoquistas siguen el mecanismo del “sacrificio”. El precio pagado de antemano lleva la intención de aplacar a los dioses y mantenerlos satisfechos a un costo relativamente bajo. Las actividades masoquistas de este tipo constituyen un “mal menor” (1240). El masoquista usa los símbolos de autocastración para evitar la castración. Freud ha destacado el hecho de que la mayor parte de los masoquistas buscan heridas y dolores de toda índole, excepto cualquier tipo de dolor o de herida infligidos a los genitales (613).

3. Cualquier angustia puede ser combatida mediante una acción que anticipe, en forma de juego, la cosa temida. Es función de todo juego anticipar activamente aquello que podría resultar aplastante si sucediera en forma inesperada, correspondiendo al yo el determinar el momento y el grado en que esto ha de realizarse (1552). Así como ciertos sadistas torturan a otras personas con el propósito de negar la idea de que ellos mismos pueden ser torturados, los masoquistas se torturan (o aseguran su tortura mediante sus propios planes e indicaciones) para eludir la posibilidad de ser torturados en una forma o un grado inesperados (349, 350, 351).

4. El hecho de acentuar la pasividad puede servir también a un propósito de protección. La regresión al tipo receptivo-oral de control puede representar el restablecimiento de la unión con una potencia protectora omnipotente, y el destacar la propia impotencia y pequeñez puede estar

dirigido a apelar a la misericordia de la potencia amenazante o protectora. A este género pertenece el masoquismo de las personas extremadamente sumisas, de que se habló más arriba (817, 819).

Los cuatro mecanismos descritos actúan, sin lugar a dudas, en el masoquismo, pero no bastan para explicarlo. Ellos harían comprensible el hecho de que una persona se ve obligada a soportar una cierta dosis de sufrimiento antes de alcanzar la capacidad de disfrutar un placer. Pero esto no es lo característico del perverso masoquista, quien parece derivar su placer del sufrimiento más que obtenerlo después de sufrir.

Esto es, en parte, cuestión de exactitud en la observación. Algunos masoquistas realmente sienten placer más bien después del sufrimiento que mediante el sufrimiento. Los masoquistas son individuos cuya aptitud de alcanzar el orgasmo se halla evidentemente perturbada por la angustia y el sentimiento de culpa. Desplazan, por ello, todo el empeño y el anhelo a las tensiones del placer preliminar, y forjan acabadas estructuras fantásticas, procedimiento que hace a veces que les resulte más gratificadora la masturbación que la realización efectiva de sus actividades perversas, que no podrían satisfacer todos los detalles preimaginados (1297, 1299). No hay ninguna duda de que los complicados sistemas fantásticos se proponen superar el temor que bloquea la aptitud para el placer final. Es característico también que lo que le sucede al paciente, para ser placentero, tiene que haber sido preestipulado. El paciente teme las sorpresas, pero puede dominar su temor siempre que sepa de antemano lo que va a suceder.

Pero esto no puede explicar los casos de efectivo "placer en el dolor" que existen fuera de toda duda. En el masoquismo propiamente dicho, la anticipación activa de un mal menor se complica a causa de otro factor, que explica la simultaneidad de dolor y placer. Así como en otras perversiones, la medida de reaseguramiento está condensada con un placer erógeno. La existencia de un masoquismo erógeno puede adscribirse al hecho de que, tal como sucede con todas las sensaciones en el organismo humano, también la sensación de dolor puede ser fuente de excitación sexual (555, 601) (véase pág. 90). Esto sólo puede ser así bajo ciertas condiciones: el dolor no debe ser demasiado intenso ni demasiado grave. El ser pegado excita sexualmente a los niños porque constituye una intensa excitación de las zonas erógenas de la piel de las nalgas y de los músculos subcutáneos. (El desplazamiento de libido del ano a la piel parece ser un antecedente característico de todo placer en ser pegado. Por esta razón una constitución anal, y las fijaciones anales, estimulan el desarrollo del masoquismo.) Si el dolor se hace demasiado intenso, el displacer pesa más que la estimulación erógena y cesa el placer.

Detrás de una conducta aparentemente muy activa, e incluso sádica, puede esconderse en los niños un ansia de gratificación del masoquismo erógeno, así como también, en un período posterior, el ansia de gratificación de un masoquismo perverso, en adultos. Muchos niños (y también personas mayores) conocen exactamente la manera de ser "desobediente" para provocar a los demás a que les peguen, o que los castiguen en forma tal que equivale a ser pegado.

Las fijaciones al masoquismo erógeno pueden producirse por las mismas razones que las fijaciones a cualquier otro componente instintivo. Si los individuos con tal fijación son obligados más tarde, por el temor a la castración, a usar los mecanismos descritos, el resultado puede ser que el sufrimiento ya no sea tan sólo un prerequisite del placer sino incluso una fuente de placer.

Entre las causas de fijación al masoquismo erógeno, hay un tipo que predomina: la fijación basada en la simultaneidad de placer erógeno y reaseguramiento contra el temor. La seguridad se logra sometiendo a un "castigo", mediante el cual es logrado el perdón, y el placer sexual, bloqueado antes por sentimientos de culpa, resulta nuevamente accesible.

En dos circunstancias se acentúan particularmente los fines pasivos en la sexualidad de una persona:

1. Luego que la hostilidad ha sido vuelta contra el propio yo. La experiencia clínica demuestra efectivamente que el masoquismo representa un viraje del sadismo, que se vuelve contra uno mismo.

La idea de un masoquismo primario, perteneciente a Freud, está basada únicamente en su especulación respecto a la existencia de un instinto de muerte (613). Clínicamente, los impulsos masoquistas delatan su carácter de tendencias destructivas que, por influencia del temor o del sentimiento de culpa, han cambiado de dirección, volviéndose contra el yo.

Es interesante citar algunos pasajes de Freud escritos antes de su formulación de la hipótesis de un instinto de muerte.

"Ante todo, se nos puede permitir que dudemos acerca de si alguna vez el masoquismo se presenta con carácter primario, o si más bien se produce regularmente por transformación del sadismo" (555).

"En cuanto al par de opuestos sadismo-masoquismo, el proceso puede ser representado de la siguiente manera: a) El sadismo consiste en ejercer la violencia o poder sobre otra persona en calidad de objeto. b) Este objeto es abandonado y reemplazado por el yo del sujeto. Junto con esta 'vuelta en redondo' sobre la propia persona, se produce también un cambio en el fin del instinto, que de activo pasa a ser pasivo. c) Nuevamente es buscada otra persona como objeto. Esta persona, a consecuencia de la alteración que ha tenido lugar en el fin del instinto, deberá hacerse cargo del papel original del sujeto. El caso c) es lo que comúnmente se denomina 'masoquismo'. La subsiguiente satisfacción se produce en este caso también a la manera del sadismo original, colocándose el yo pasivo, en la fantasía, otra vez en su situación anterior, si bien esta situación es ahora cedida a otro sujeto, colocado fuera de uno mismo. Es sumamente dudoso si, aparte de esto, existe una satisfacción masoquista más directa. Parece que no es dable encontrarse con un masoquismo primario, que no sea derivado del sadismo en la forma que he descrito" (588).

"Parece haber una confirmación del punto de vista de que el masoquismo no es la manifestación de un instinto primario, sino que se origina en el sadismo, al que se ha hecho volver y dirigirse sobre uno mismo, es decir, mediante una regresión desde un objeto al yo. Debe darse por establecido que existen instintos con fin pasivo... pero la pasividad no es todo el masoquismo. También pertenece a él la característica del dolor... un asombroso acompañamiento de la gratificación de un instinto. La transformación del sadismo en masoquismo parece ser debida a la influencia del sentimiento de culpa" (601).

En el análisis de la típica fantasía de ser pegado, Freud ha demostrado, de una manera análoga, que el deseo de ser pegado fue precedido por un deseo de que fuera pegado el odiado rival (601).

2. En el varón, la acentuación de los fines femeninos, prerequisite para la aparición del masoquismo, es resultado del desarrollo de deseos femeninos. La idea de ser torturado puede ser una deformación de la idea de tener experiencias sexuales femeninas (613). Ya nos hemos ocupado de los factores que en el hombre producen el viraje hacia la feminidad ("masoquismo femenino") (véanse págs. 380 y sig.). Las pulsiones pregenitales pasivas (anales) pueden ser intensificadas como una defensa contra deseos masculinos si la actitud activa es considerada peligrosa.

La feminidad, por otra parte, puede hacer aumentar la angustia de castración, a causa de la idea de que la satisfacción femenina sólo podría lograrse al precio de la castración (599). De este modo, la vinculación entre la feminidad en los hombres, la angustia de castración y los sentimientos de culpa es muy estrecha. Si estos hombres desarrollan también uno de los mecanismos arriba descritos, deformarán sus deseos femeninos en un sentido masoquista. "Ser pegado por una mujer" (por la madre) encubre la idea, más profundamente oculta, de "ser pegado por un hombre" (por el padre), y el significado de las prácticas masoquistas termina por ser el de desempeñar el papel de la mujer en el coito o en el alumbramiento (601, 613).

En el masoquismo, el papel desempeñado por el superyó es más pronunciado que en el sadismo (cfr. 337). La idea de ser pegado, comúnmente está combinada con la idea de que se trata de un castigo por mala conducta (por deseos edípicos [642] y deseos de que sea otro a quien pegan). Esto, por regla general, se condensa con una ideología de "mal menor". El hecho de ser pegado es percibido comúnmente como cosa poco grave, propia de la atmósfera de la "habitación de los niños".

A veces los "arreglos previos" del masoquista producen una impresión diferente. Así como los neuróticos traumáticos procuran, una y otra vez, la repetición de sus traumas dolorosos, ciertos masoquistas parecen también incapaces de liberarse de las ideas de castración. Una y otra vez tienen que repetir ciertas alusiones a la castración, probablemente en un esfuerzo por lograr la consoladora seguridad de que "esta vez, de seguro, es solamente una zurra y no una castración, de seguro tan sólo un juego y no cosa grave". Pero al parecer no pueden nunca estar completamente seguros, y una y otra vez necesitan una reaseguradora aproximación a actos parecidos a la castración. Cada vez que se excitan sexualmente, se produce, por lo regular, la interferencia del trastornante temor inconsciente a la castración. Se opta por "ser pegado", no solamente porque esta idea despierta un masoquismo erótico en la piel y en los músculos, sino también porque el castigo tentado, en la esperanza de librarse finalmente de la perturbadora presión del superyó, no es demasiado grave.

También aquí la condensación de una agresión cargada de culpa con un placer erótico, se halla vinculada, por vía de asociación, al complejo

de Edipo, y sirve al propósito de asegurar la represión del complejo de Edipo (121, 642, 1604).

Una mujer había sentido, siendo niña, un gran amor hacia su padre, un misógino que sin ninguna reserva hizo conocer a su hija su antipatía hacia las mujeres. La paciente tenía una hermana mayor, a quien el padre prefería evidentemente. El padre era muy severo en la prohibición de toda práctica eróticamente indolente. La paciente se hallaba enfrentada, por consiguiente, a los problemas siguientes. Amar al padre (como lo exigía su instinto), pero eliminando toda conciencia de la existencia de un pene (la causa de sus contrariedades, dado que su carencia de pene era la causa de la antipatía que inspiraba al padre). Además, tenía que eliminar toda expresión de sus fuertes deseos anales y del deseo de vengarse de la hermana; tenía que aprender a soportar la severidad y el desprecio del padre sin dejar de amarlo. Se hizo masoquista, con el fin sexual de ser pegada. El pene, por ser censurable, fue suplantado por la mano que pega; el ano, igualmente censurable, por la superficie cutánea de las nalgas. Para su inconsciente, no era ella a quien pegaban, sino la hermana y sólo secundariamente era desviado ese castigo hacia ella. Y la conducta real de su padre pudo seguir siendo adecuada para satisfacer su complejo de Edipo, deformado en sentido masoquista.

A menudo una fantasía masoquista explica solamente la mitad de una fantasía completa, en tanto que la otra mitad ha sido reprimida. El descubrimiento de esta segunda parte revelará la conexión respectiva con el complejo de Edipo.

El fin sexual de ser pegada, en la paciente a que acabamos de referirnos, pudo ser vinculado a dos experiencias de la infancia. Recordaba la paciente a un niño a quien pegaban con frecuencia, y también a una niña que acostumbraba exhibir sus nalgas y sus genitales. La paciente solía fantasear con que la niña era pegada por su mal comportamiento, tal como el niño era realmente pegado. Se identificaba con la niña, y su fantasía inconsciente puede formularse en estos términos: "Quiero exhibirme como esta niña y luego ser pegada por ello como aquel niño". El placer de exhibirse constituía un tópico destacado de su análisis. Al comienzo, su exhibicionismo tenía un carácter femenino, y se manifestaba, por ejemplo, en el orgullo que sentía en estar enferma o sangrar, lo cual se condensaba en fantasías de parto. Más adelante se vio que este orgullo de sangrar era una sobrecompensación de su gran temor a la castración: Finalmente resultó evidente que todo su exhibicionismo femenino era el sustituto relativamente tardío de un primitivo exhibicionismo fálico que fue inhibido por la angustia. Sobre la base de diversos sueños, se llegó a la conclusión de que tanto la niña exhibicionista como el niño que realmente había sido pegado se habían exhibido y habían orinado delante de la paciente. De modo que el texto completo de la fantasía sexual, dentro de la cual el ser pegada sólo era una pequeña parte, sería como sigue: "Quiero estar en condiciones de exhibir un pene, como lo hace el niño, de modo que mi padre llegue a quererme. Me niego a creer que me han castrado (o me castrarían) por este hecho. No, únicamente me pegarían por ello, porque veo que este niño que ha sido pegado sigue teniendo un pene" (cfr. 326, 1008).

La vinculación entre masoquismo y exhibicionismo, tan claramente puesta de manifiesto en este caso, parece ser típica.

Esta vinculación es la causa del carácter provocativo y de ostentación de algunos de los preparativos masoquistas (1297, 1299). No sólo el exhibicionismo, sino también otras perversiones, como el fetichismo y la coprofilia, están a menudo condensados con el masoquismo o son encubiertos por él.

Las personas de carácter masoquista habitualmente encuentran placer en el hecho de exhibir sus desdichas. "Mira cuán desdichado soy" generalmente ocupa el lugar de esto otro: "Mira cuán desdichado me has hecho". La conducta masoquista tiene un tono de acusación, de extorsión. El sadismo, vuelto contra el yo en el masoquismo, reaparece en la manera en que los pacientes fuerzan a su objeto a concederles amor o afecto. El erotismo de la piel, que es la base erógena de la fantasía de ser pegado, se expresa en el anhelo de la cálida vecindad del objeto, y si ésta no es concedida, es forzada mediante la autotortura. El conflicto característico de toda persona con anhelos de carácter receptivo —es decir, el conflicto entre la destrucción sádica del objeto denegador y una actitud de total doblegamiento frente al objeto, en la esperanza de que éste, en ese caso, no pueda resistirse más— se manifiesta en este tipo de masoquismo. El masoquismo de este tipo es un compromiso entre estas dos actitudes; es una sumisión total, usada con propósitos sádicos (1277). Con él está relacionado el antes mencionado "exhibicionismo de la fealdad" (exhibicionismo de inferioridad y de características negativas).

Una paciente que tenía temor a las experiencias sexuales se afeaba para carecer de atractivos para los hombres. En el análisis llegó a admitir que sentía una paradójica satisfacción masoquista en ser fea. Mostraba asimismo su masoquismo en otras formas. Acostumbraba tironcarse el vello pubiano hasta que sentía dolor, y se produjo una dermatitis. Siendo niña, su padre acostumbraba empolverar sus genitales y su región anal. No había duda de que, al producirse una dermatitis, trataba inconscientemente de seducir a su padre para que repitiera esa actividad. Pero la experiencia de ser tratada por el padre no fue placentera. El padre, que era una persona muy severa, causante de que su hijo se hiciera masoquista debido a su severidad, le había dado la impresión de que el tratamiento era un castigo por la masturbación. Su temor a la sexualidad era un temor de que el hecho (imaginado por ella) de que había arruinado su cuerpo, pudiera ser descubierto. Su intento de evitar ese descubrimiento poniéndose fea, dio por resultado la reaparición de lo que había sido rechazado. El intento de evitar la exhibición del supuesto estrago, dio por resultado precisamente la demostración de esto mismo. En un plano más profundo, estaba colmada de vengativas fantasías activas de castración. El ponerse fea significaba: a) forzar al padre a hacerle algo de carácter sexual, b) vengar al padre, masturbándose ante sus propios ojos (*ponerse fea = arruinarse = masturbarse*), c) arruinar al padre al obligarle a ver que ella estaba arruinada.

A esta misma categoría pertenece la psicología del ascetismo. En los ascetas, que se afanan por mortificar la carne, este mismo acto de mortificación se transforma en una expresión deformada de la sexualidad bloqueada, y proporciona un placer masoquista. Este tipo de masoquismo es, por regla general, de carácter más anal, caracterizado por la retención y por la

aptitud para la tensión. Afín a esto es el "orgullo de sufrir" que exhiben muchos niños, que tratan de negar su debilidad soportando tensión.

En el masoquismo "moral", lo que aparentemente es buscado no es el dolor físico sino la humillación y el fracaso, a veces porque procuran un placer sexual, y otras veces sin ninguna conexión aparente con la sexualidad. El goce en la humillación indica que la idea de ser el objeto sexual del padre, transformada inicialmente en la de ser pegado por él, se ha convertido luego en la idea de ser golpeado por Dios o por el destino. La moral, que es genéticamente un derivado del complejo de Edipo, ha regresado nuevamente, en este caso, al complejo de Edipo (613).

Los casos de masoquismo moral, más graves, en que no hay ninguna vinculación manifiesta con la sexualidad, o en los que el paciente no se da cuenta, incluso, de que se está torturando, no pueden ser considerados como perversiones sexuales. Inconscientemente, los rasgos de carácter de esta índole seguramente no evolucionaron independientemente de la sexualidad. Representan intentos del yo de imponerse a un severo superyó. Dos índices contradictorios, apropiados para medir tales empeños —la rebelión y la propiciación—, se condensan en el masoquismo moral. El sufrimiento propio es visto como una demostración del grado de propiciación, de la medida en que se está dispuesto a sufrir para lograr el perdón paterno. Al mismo tiempo, la conducta masoquista es una expresión de rebelión, un modo de demostrar, de manera hostil, los hechos terribles que es capaz de cometer el padre.

Evidentemente, un acto efectivo de autodestrucción, si es grave, no puede ser explicado como un "mal menor". Sin embargo, puede tener el significado de "promover anticipadamente, en forma activa, lo que, de otro modo, podría ocurrir en forma pasiva". No se halla, en realidad, "más allá del principio del placer" (605), ya que representa una consecuencia no deseada de algo deseado. Subjetivamente, el designio de la autodestrucción pudo haber sido la destrucción del objeto, el cual, una vez introyectado, está representado por el yo, y esta destrucción del objeto puede condensarse, incluso, con una propiciación del objeto. Toda forma de autodestrucción representa una tentativa de librarse de la presión del superyó. Esto resulta especialmente claro en los casos en que la autodestrucción se halla unida a una especie de orgullo ascético. El análisis del orgullo ascético pone de manifiesto, por lo regular, la idea de autosacrificio tendiente a recuperar una participación en la omnipotencia, y el orgullo representa, en este caso, el triunfo de haber logrado la participación. "Me sacrifico por la gran causa, y de este modo la grandeza de la causa recae sobre mí". Esto es lo que hacen los sacerdotes que se castran para consagrarse a Dios. Su autocastración constituye un medio de ingresar en la gran unión protectora (436).

Así como los ritos de iniciación prometen privilegios y protección con la condición de obediencia, y refuerzan esta obediencia mediante una castración simbólica (1284), los masoquistas de este tipo tratan de forzar la concesión de sus privilegios y de la protección de parte de las personas omnipotentes, castrándose de una manera más

o menos real. Después de ese sacrificio, los todopoderosos no podrán menos que conceder todas sus promesas (523, 1481). Mientras por un lado el procedimiento extremo de recuperar la participación en la omnipotencia consistiría en matar a la persona omnipotente, el otro extremo está representado por la autocastración, que significa el abandono de toda actividad, con el propósito de lograr una fusión pasivo-receptiva con la persona omnipotente. Y paradójicamente, una actitud correspondiente al segundo extremo puede encubrir una actitud inconsciente que corresponde al primer extremo (véase pág. 436).

Es posible que, en última instancia, todas las formas de real autodestrucción representen residuos de la norma arcaica de reacción de autotomía: una tensión es superada mediante el abandono del órgano revestido de catexis (1242).

Freud insiste con especial empeño en el concepto de que las inclinaciones perversas se presentan bajo la forma de pares antitéticos, tanto de fin activo como pasivo (555). El estudio del sadismo y el masoquismo nos muestra por qué ambos impulsos aparecen, necesariamente y en forma regular, en una misma persona.

COMBINACIONES DE PERVERSIONES Y NEUROSIS — ETIOLOGIA DIFERENCIAL DE LAS PERVERSIONES

Las perversiones se combinan, a menudo, con neurosis, la mayor parte de las veces, a causa de la común fijación pregenital, con las neurosis obsesivas y las psicosis. De hecho, los diversos casos corresponden a las tres posibilidades siguientes: 1) La perversión y la neurosis se desarrollan una junto a la otra. 2) Una neurosis viene a complicar una perversión primariamente establecida. 3) Una perversión se suma a una neurosis primariamente establecida.

El yo del perverso, en su lucha con el conflicto edípico, presta su conformidad a un representante de la sexualidad infantil. Esto no excluye, sin embargo, la posibilidad de usar simultáneamente, contra los impulsos perjudiciales, algunos otros mecanismos de defensa, que pueden formar la base de una neurosis. En este caso, la perversión y la neurosis corren paralelas. Puede suceder también que una persona con una perversión bien desarrollada se encuentre ante una situación que, o bien hace que su perversión se vincule más estrechamente a la situación edípica, o bien representa un incremento del temor a la castración. Las situaciones de esta índole exigen nuevas medidas de defensa, y éstas, a su vez, pueden crear una neurosis. La eclosión súbita de una histeria de angustia o de reacciones paranoides, por ejemplo, puede complicar una perversión de larga data. La homosexualidad masculina puede verse complicada por una "impotencia", es decir, por la falta de erecciones. Y aquí tenemos también la tercera posibilidad: que los síntomas de una inveterada neurosis obsesiva resulten tan gratificantes como para tomar la apariencia de una perversión secundaria (475).

En lo que se refiere a la etiología diferencial de las perversiones, los requisitos previos que deben llenarse para hacer posible el desarrollo de

una perversión son los siguientes: 1) Factores constitucionales de facilitación orgánica, cuya investigación corresponde a la fisiología de las hormonas. En principio, este factor consiste en un incremento relativo de la erogeneidad de zonas erógenas específicas. El sadismo y el masoquismo probablemente no se vinculan tan sólo a determinadas experiencias, especialmente frustraciones, sino también a una erogeneidad oral, anal, cutánea o muscular, constitucionalmente incrementada (549, 1630). 2) Experiencias que condujeron a la fijación patógena decisiva. Las fijaciones que constituyen la base de las perversiones difieren de las correspondientes fijaciones de la neurosis por cuanto se basan, por regla general, en la simultaneidad de la gratificación sexual y un sentimiento de seguridad o reaseguramiento que se opone a un temor inhibitor.

TERAPIA PSICOANALITICA DE LAS PERVERSIONES

Al considerar la indicación de un tratamiento psicoanalítico de las perversiones, el problema se ve complicado por un factor inexistente en las neurosis. En las perversiones los síntomas son, o al menos prometen ser, placenteros. El tratamiento no sólo amenaza reavivar precisamente aquellos conflictos que el paciente ha eludido mediante la enfermedad, sino que también amenaza destruir un placer, ya que se trata, en efecto, de destruir el único placer sexual que el paciente conoce. El placer sexual normal, que el analista le promete, no es para él más que una cosa remota. De ahí que apenas resulta posible analizar a personas que íntimamente se hallan en armonía con sus perversiones (604). El pronóstico depende, ante todo y principalmente, de si el deseo de curarse existe, o en qué medida puede ser despertado. Esta decisión de parte del enfermo puede tener, por supuesto, diversas motivaciones. Además de su propio descontento, el paciente puede ser movido por consideración hacia personas que le son cercanas. La tarea principal de un análisis de prueba, en este caso, será la de evaluar este deseo de recuperación. Por esto, paradójicamente, el pronóstico mejor será el de aquellos casos en que peor se sienta el paciente, es decir, en los casos que aparecen combinados con una neurosis.

De vez en cuando uno se encuentra con pacientes que manifiestan su deseo de librarse de su neurosis, pero quieren conservar la perversión. Por la naturaleza misma del psicoanálisis, se comprende fácilmente que es imposible prometer nada por el estilo. Es factible, por supuesto, en el caso de un homosexual que presenta una angustia secundariamente desarrollada, que el psicoanálisis pueda curar esta última sin afectar a la homosexualidad. Pero no se puede asegurar de antemano si ello será posible. Es mucho más probable que el paciente tenga que afrontar la alternativa de "todo o nada".

Aparte de este problema especial, el análisis de las perversiones, en su conjunto, no es más difícil que el de las neurosis de origen pregenital. Los factores constitucionales tampoco faltan en las neurosis. En los casos de homosexualidad en que la apariencia física del paciente presenta rasgos defi-

nidos del sexo opuesto, es decir, los casos que representan una transición biológica hacia un pseudo hermafroditismo, el análisis será tanto más difícil. Pero aun si se descartan cuidadosamente todos los individuos con tales características, queda todavía un buen número de casos en que el psicoanálisis está indicado. Varios autores han señalado que el pronóstico del tratamiento psicoanalítico de los homosexuales es más favorable de lo que generalmente se supone (742, 1516). Surge la necesidad de algunas modificaciones en la técnica, análogas a las sugeridas por Freud para la histeria de angustia (600). Lo que en esta última es la situación fóbica que se trata de evitar, estaría representado, en las perversiones, por la situación normal sexual, que el analista, a cierta altura del análisis, puede sugerir al paciente como finalidad (742).

La necesidad de reaseguramiento expresada en el hecho de aparecer una perversión, se debe frecuentemente a una intensificada necesidad narcisística, y la capacidad de "reaseguramiento por la negación", al carácter inestable de la función de prueba por la realidad. Como consecuencia de esto, hay muchos pacientes que, tanto en su conducta de transferencia como en su comportamiento general en la vida, manifiestan una perturbación narcisística del carácter, o pueden incluso presentar un cuadro poco menos que psicótico (1215). En tales casos, el psicoanálisis se encuentra, por supuesto, con las mismas dificultades que en el tratamiento de las perturbaciones del carácter o el de las psicosis.

NEUROSIS IMPULSIVAS EN GENERAL

Hay otras formas de actividad impulsiva —sintónicas del yo, si bien no sexuales— y que también sirven aparentemente al propósito de huir de un peligro, negar un peligro o reasegurarse contra un peligro. (Cierto es que esta fórmula sólo es válida si entre los "peligros" se incluye la "depresión".) El resultado de la lucha contra el peligro tanto puede ser un éxito como un fracaso.

El propósito defensivo de los impulsos patológicos no quita que simultáneamente puedan procurar una satisfacción instintiva, deformada, de carácter sexual o agresivo. Lo que caracteriza a estos impulsos irresistibles es la manera en que los esfuerzos por lograr seguridad se condensan con aquellos que se proponen una gratificación instintiva.

Los impulsos no son sentidos como compulsiones. Son sintónicos del yo, no ajenos a éste. Pero no son sentidos, sin embargo, del mismo modo que los impulsos instintivos normales se hacen sentir en las personas normales. Delatan una *irresistibilidad* característica, diferente de la que presenta una pulsión instintiva normal, y que se debe a la condensación del apremio instintivo con el esfuerzo defensivo (99).

Lo que significa la "irresistibilidad" es que los pacientes en cuestión no son capaces de tolerar tensiones. Cualquier cosa que necesiten, deberán conseguirla inmediatamente. El bebé, mientras actúa de acuerdo con el

principio de placer (575), trata de descargar la tensión inmediatamente y siente toda excitación como un "trauma", al que responde con movimientos incoordinados de descarga. La superación de este estado se basa en dos factores del desarrollo: a) la capacidad fisiológica de controlar la motilidad, es decir, de reemplazar los movimientos incoordinados de descarga por actos dotados de propósito, y b) la aptitud de postergar la reacción inmediata. Es como si el neurótico impulsivo hubiera aprendido lo que se refiere a la primera de estas dos etapas, pero no la segunda. Lo que realiza no son movimientos incoordinados, sino actos, pero, de una manera significativa, actúan en vez de pensar. No pueden esperar (114), y por consiguiente, no han logrado el desarrollo cabal del principio de realidad y juzgan indebidamente la realidad en términos de experiencias pasadas. Actúan todavía como si toda tensión fuera un peligroso trauma. Sus actos no se dirigen a la finalidad objetiva de alcanzar una meta, o se dirigen menos a esto que a la finalidad negativa de liberarse de una tensión. Su objetivo no es el placer sino la interrupción de un dolor. Toda tensión es sentida a la manera en que el bebé siente el hambre, es decir, como una amenaza a su existencia misma.

¿A qué se debe que estos pacientes no toleren tensiones, y cuál es el factor que determina el carácter de los impulsos sintónicos del yo tendientes a superar las intolerables tensiones?

En lo que se refiere a la primera pregunta, estos pacientes se caracterizan por una fijación erótica oral y cutánea, la cual puede estar basada en factores constitucionales o en experiencias fijadoras. Las experiencias traumáticas tempranas, que incrementan el temor a las tensiones dolorosas, también desempeñan en esto un papel predisponente.

Los actos elegidos para liberarse de tensiones son de diversa índole. En ciertos casos, estos actos distan poco de una perversión, como es, por ejemplo, el caso con la piromanía. En otros casos, es la defensa lo que está en primer plano. En general, las neurosis impulsivas ponen de manifiesto, como ningún otro fenómeno neurótico, el vínculo dialéctico entre los conceptos de gratificación de un instinto y defensa contra un instinto. La primera de todas las gratificaciones, la leche, proporciona simultáneamente, al bebé, gratificación y seguridad. Las exigencias instintivas subsiguientes son derivadas del hambre del bebé, pero también lo son las exigencias subsiguientes de seguridad y las necesidades narcisísticas. Los pacientes que temen el peligro del instinto, pueden suspirar por la seguridad de que disfrutaron al pecho de la madre, pero se hallan ante un serio dilema si conciben este anhelo, en sí mismo, como una peligrosa tensión instintiva. Sus actos impulsivos pueden significar entonces un esfuerzo en pos de una finalidad que simultáneamente tratan de evitar porque les inspira temor. Hacen responsables a sus objetos de no proporcionarles el relajamiento que necesitan, y se sienten culpables por la agresividad con que provocan a sus objetos. Esto puede llevarles a provocar repulsas, que alivian sus sentimientos de culpa, al proporcionarles una base para la idea de que son víctimas de un trato injusto, apropiada para racionalizar las actitudes sádicas de venganza. La

impulsividad de estos pacientes orales significa, en consecuencia, o bien "no daré nada porque nadie me dio nada a mí", o "doy a todo el mundo, para mostrar que soy más generoso de lo que mis padres lo fueron conmigo" (104, 106, 110). Por regla general, estos conflictos hallaron expresión primeramente en luchas alrededor de la masturbación, la que fue reemplazada más tarde por la cavilación enfermiza (1440).

Los neuróticos impulsivos se hallan fijados en la frecuentemente mencionada fase primera del desarrollo, en que aún no existe diferencia entre la lucha por la satisfacción sexual y la lucha por la seguridad. Se hallan en un estado de dependencia del hecho de ser amados o aprobados, de que se les otorgue afecto o prestigio. El hecho de que en la necesidad que sienten de tales suministros está en juego su existencia misma, explica la intensidad de su lucha por conseguirlos. Fijados a la fase oral, tienden a reaccionar violentamente a las frustraciones. Su principal conflicto consiste en una lucha entre esta tendencia a la violencia y una tendencia a reprimir toda agresividad, por temor a la pérdida de amor, es decir, por temor de recibir aún menos en el futuro. Los objetos todavía no son personas. Son simples proveedores de suministros, y por lo tanto, intercambiables. Esta fijación es también característica de las depresiones (véanse págs. 436 y sigs.), y el hecho de que la predisposición básica para los impulsos patológicos y para la depresión sea una misma explicación porque la mayor parte de los actos impulsivos sirven al propósito de evitar las depresiones. Hay, por supuesto, una gran diferencia entre que el suministro en cuestión sea requerido de un objeto real o que el paciente haya regresado narcisísticamente y sus exigencias sean dirigidas al propio superyó.

FUGA IMPULSIVA

La fuga impulsiva (85, 1083, 1310, 1471, 1482, 1483) significa o bien *a*) huir de un supuesto peligro o de una tentación, o *b*) correr hacia un reaseguramiento o una satisfacción. El peligro está representado, por regla general, por la depresión y los sentimientos de culpa, que es lo que el "fugitivo" trata de dejar a sus espaldas. El acto de huir puede representar defensas contra la depresión o equivalentes de ella. La relación entre la manía ambulatoria y los estados maniaco-depresivos puede deducirse del hecho de que en algunos casos los ataques se producen a intervalos regulares.

Hay una analogía entre la conducta de este tipo de paciente, que huye de una situación externa, pero que en realidad está tratando de escapar de un estado de tensión interna, y la de una persona fóbica, que proyecta un peligro interno. Su tragedia reside en que, huya a donde huya, se lleva a sí mismo. Su típica inquietud se debe a su intolerancia para la tensión y a una regresión a formas pasivo-receptivas de control. "Huir" significa, en consecuencia, "huir de un lugar donde nadie ayuda a un lugar donde se puede contar con una ayuda protectora". Por lo común, la fuga se complica a causa de la violencia sádica con que el paciente trata de forzar la ayuda que necesita, y el temor a esta agresividad.

La fuga como modo de eludir situaciones de castigo o de tentación será el recurso de elección en aquellas personas que en su niñez han tenido la ocasión de aplicar esto mismo con éxito. Bernfeld ha señalado que este caso se da solamente en algunos medios sociales, donde los niños pueden huir a la calle o a casa de sus amigos cada vez que se sienten incómodos, y volver luego, una vez que ha pasado el peligro (133).

El hecho de que el lugar que constituye la meta de las fugas es "una madre oral que ayuda", "una gratificación sin culpa", puede verse en los raros casos en que toda la neurosis se cura súbitamente cuando el paciente ha logrado encontrar un lugar de esta índole. Abraham describió el caso de un impostor que se enmendó cuando encontró una situación que le permitió una profunda satisfacción de sus deseos edípicos y de su fijación a la madre oral, sin verse en el caso de sentirse culpable por ello (29). De una manera simbólica, esta búsqueda de descanso y protección al pecho de la madre se expresa en el anhelo que frecuentemente inspira el océano sin límites, en que la nostalgia busca —aunque nunca puede hallar— su gratificación ("long voyage home"). La inquietud corriente en los andariegos arraiga en el hecho de que en su mayor parte la protección que buscan se transforma, una vez más, en un peligro, a causa de que la violencia de su anhelo se hace sentir como un instinto peligroso. Para hacer posible un relativo descanso, la situación hacia la que corren deberá ser bastante cercana a la finalidad inconsciente originaria como para ser aceptable como sustituto y bastante alejada de ella como para no crear ansiedad. Cuando está en su casa, el marinero cree que ese lugar está en el mar; cuando está a bordo, lo supone en la casa.

El acto mismo de huir puede tener un oculto significado sexual. Para todo el mundo es excitante viajar, a causa de las múltiples conexiones que este hecho tiene con instintos sexuales parciales. Ver el mundo gratifica la escotofilia; ir de un lado a otro gratifica el erotismo muscular; viajar en vehículos veloces gratifica el erotismo del equilibrio. Irse, en general, tiene el significado de "exogamia", es decir, el significado de ir a un lugar donde no rige el incesto del tabú ni las amenazas que se oyen en casa, y en otro plano, por vía del retorno de lo reprimido, significa habitualmente emprender una búsqueda cuyo premio será la conquista de la madre (10). Pero todos estos síntomas sexuales ocultos no nos darán el cuadro completo de una neurosis impulsiva si en ellos no se expresan, al mismo tiempo, los conflictos típicos más arriba descritos.

CLEPTOMANIA

En principio, la cleptomanía significa apropiarse de cosas que otorgan la fuerza o el poder necesarios para combatir supuestos peligros, y en especial, como en casos anteriores, supuestos peligros de pérdida de autoestima o de afecto. Su fórmula inconsciente es la siguiente: "Si ustedes no me lo dan, lo tomaré yo mismo" (47, 92, 169, 248, 644, 756, 757, 912, 944, 955, 1643, 1112, 1401, 1408, 1526, 1533, 1606, 1646).

Si es cierto que el cleptómano lucha por una satisfacción sexual perdida, que a un mismo tiempo fue protección, perdón y regulador de autoestima, la propiedad robada forzosamente tiene que representar, simbólicamente, la leche. Pero esta interpretación, la más profunda, no es necesariamente la única. El anhelo cleptomaniaco puede ser también la expresión de un deseo de objetos que corresponden a niveles más altos de organización —heces, pene, niño—, si el deseo de estos objetos tiene el tinte de una forma más profunda, “oral”, del anhelo. La importancia relativa de estos diferentes significados inconscientes del objeto robado depende de los puntos de fijación predominantes del paciente. En los afanes cleptomaniacos de pacientes que no están profundamente perturbados, el significado de “pene” estará en primer plano. Esto explica por qué la cleptomanía es, por lo general, más común en la mujer que en el hombre. “Robar un pene” es la principal fantasía de algunas mujeres que pertenecen al “tipo vengador” del complejo de castración femenino (20), que temen la agresividad abierta y sustituyen el “robo” por el “hurto”. Aun en los niños varones el deseo de tener un pene es menos absurdo de lo que podría parecer a primera vista, ya que puede darse, en su caso, el deseo de tener un pene diferente, grande, como el del padre.

La complicación más frecuente en la cleptomanía está representada por conflictos entre el yo y el superyó. Los pacientes tratan de convencerse de que, puesto que no reciben suficiente afecto, tienen el derecho de robar. Pero, por regla general, no lo consiguen. Por el contrario, se sienten culpables, tratan de combatir por diversos medios este sentimiento de culpa y pueden incluso convertirse en “criminales a causa del sentimiento de culpa” (592), robando más y más, y quedar atrapados de este modo en un círculo vicioso (véase pág. 558).

Robar, tal como vagar de un lado a otro, puede tener también un significado sexual directo. Puede, por ejemplo, tener el sentido de “hacer en forma secreta una cosa prohibida”, y significar con ello masturbación. En algunos casos este significado sexual directo está en primer plano, y las cleptomanías de este tipo son cercanas a la perversión.

Una mujer de cuarenta años, que constantemente volvía al latrocinio, informó que se excitaba sexualmente cada vez que robaba, y que incluso llegaba al orgasmo en el momento en que consumaba el hurto. Era frígida en el coito, y en la masturbación imaginaba estar robando.

En los casos de este tipo, la incautación oral que procura satisfacción sexual sirve al mismo tiempo de reaseguramiento contra la amenazadora posibilidad de una castración, del mismo modo que el fetiche en el fetichismo. Es muy probable que los objetos robados por los “cleptómanos perversos” sean realmente sus fetiches.

PIROMANIA

La excitación sexual a la vista del fuego es un hecho normal en los niños. Esto no es fácil de explicar. El psicoanálisis revela la existencia de impulsos sádicos, que tratan de destruir el objeto, y un placer cutáneo al calor del fuego. Pero hay, además de esto, algo más específico en esto de la excitación provocada por el fuego. El hallazgo de una relación con el erotismo uretral, profundamente situada, es lo regular. Freud se sirvió de esto como punto de partida para una hipótesis especulativa sobre el origen del uso cultural del fuego (627). Del mismo modo que hay perversiones coprofilicas basadas en el erotismo uretral, también pueden producirse perversiones basadas en un derivado del erotismo uretral, el placer del fuego. El placer de prender un fuego (en realidad o en la fantasía), puede transformarse en condición indispensable para el goce sexual (229, 1221, 1623, y *cfr. también* 788). En una perversión incendiaria, la vida sexual está regida por intensos impulsos sádicos, sirviendo la fuerza destructiva del fuego como símbolo de la intensidad del apremio sexual. Los pacientes se sienten llenos de impulsos vengativos, que reciben su forma específica de la fijación erótico-uretral. De manera análoga a lo que ocurre en otras neurosis impulsivas, la finalidad típica de esta hostilidad es forzar al objeto a conceder el afecto o la atención narcisísticamente necesitada.

JUEGO DE AZAR

La pasión del juego es también una expresión desplazada de conflictos atinentes a la sexualidad infantil, conflictos provocados por el miedo de perder reaseguramientos necesarios en relación con la angustia o los sentimientos de culpa (116, 623, 1435). Estos conflictos son, por lo general, los centrados en la masturbación.

La excitación en el juego corresponde a la excitación sexual; la de ganar, corresponde al orgasmo (y a matar); la de perder, al castigo de castración (y de ser muerto). Del mismo modo que los neuróticos obsesivos inventan oráculos de diversa índole, en su intención de obligar a Dios a permitirles la masturbación, y liberarlos del sentimiento de culpa (cosa en que, por lo general, fracasan), también el jugador tienta al destino a manifestar si está en favor de su juego (masturbación) o, por el contrario, lo va a castrar. Como en todos los conflictos con respecto a la masturbación, también aquí la actividad sirve de chivo emisario a las fantasías censurables (hostiles) que representa. La intensidad de los conflictos con respecto a lograr “suministros” sugiere, una vez más, la fijación oral, y por otra parte, el elemento anal (el papel desempeñado por el dinero) también parece ser bien visible.

Todo esto, sin embargo, escasamente logra explicar específicamente la pasión del juego. El juego constituye, en esencia, una provocación al destino,

que es forzado a decidirse en favor o en contra del individuo. La suerte significa una promesa de protección (de suministros narcisísticos) en futuros actos de carácter instintivo. Pero más importante es el hecho de que, consciente o inconscientemente, el jugador típico cree tener derecho a pedir al destino una protección especial. Su apuesta significa un intento de obligar al destino, de manera mágica, a cumplir con su "deber". No obstante eso, el juego es una *lucha* con el destino. El jugador amenaza al destino con "matarlo" si le niega los bienes que necesita, y está dispuesto, con tal propósito, a correr el riesgo de ser matado. Las "fantasías masturbatorias" inconscientes del juego, en efecto, giran, a menudo, alrededor del parricidio (623).

Un apasionado jugador a la lotería se comportaba como si fuera cosa segura que algún día él había de ganar el premio mayor. Esto era simplemente una deuda que el destino tenía con él. El análisis demostró que el "destino" era una imagen encubridora tras de la cual se ocultaba su padre. El aceptar o tomar dinero de su padre, o el rechazar este dinero, era el *leit motiv* de su vida. El paciente había sido muy mimado en los primeros tres años de su vida, después de lo cual el padre lo privó súbitamente de sus privilegios. Durante toda la vida pedía compensación por ello.

En el juego (de azar) honesto, las probabilidades de perder son tan grandes como las de ganar. El jugador se atreve a obligar a los dioses a tomar una decisión respecto a él, en la esperanza de lograr su perdón. Pero aun perder (ser condenado o ser muerto) le parece preferible a la prolongación de la insoportable presión del superyó.

Si ganar en el juego significa rebelión para lograr lo que se necesita, el hecho de perder es sentido inconscientemente como una propiciación para lograr el mismo propósito.

En realidad, muchos actos impulsivos tienden a expresar no solamente pulsiones instintivas, sino también las exigencias de un severo superyó. El jugador puede, eventualmente, quedar arruinado, el incendiario y el ladrón ser finalmente apresados. La conducta impulsiva hace su aparición a menudo, entre masoquistas morales, con una intensa necesidad de castigo. Cualitativamente no hay diferencia, en este sentido, entre estos impulsos y las compulsiones o las perversiones. Muchas compulsiones tienen por finalidad la satisfacción de exigencias del superyó por vía del castigo, y algunos exhibicionistas se sienten tentados únicamente cuando hay un policía en las proximidades. Pero hay una diferencia cuantitativa: el conflicto con el superyó, las más de las veces, domina el cuadro en las neurosis impulsivas (1133). El verdadero jugador forzosamente debe quedar arruinado, con el tiempo. La misma cosa se manifiesta en el hecho de que la neurosis impulsiva, a semejanza de los estados maniaco-depresivos, presentan frecuentemente la alternación de períodos cargados de culpa con períodos en que aparentemente el superyó no actúa (véanse págs. 461 y sig.).

Como un caso extremo de este tipo, Freud describió el "criminal por sentimiento de culpa" (592), es decir, aquella persona que se siente tan oprimida por una culpa inconsciente, que lleva a cabo algún acto reprensible

con el propósito de hallar alivio mediante el hecho de recibir un castigo y la racionalización de su sentimiento de culpa, es decir, desvaneciendo el sentimiento de culpa de origen desconocido al vincularlo a un factor conocido.

El juego (de azar) y la masturbación tienen otra cosa típica en común, y es que en ambos hay cierta intención de juego. La función psicológica del juego es la de liberarse de tensiones externas mediante la repetición activa o la anticipación de las mismas en la dosis y el momento que uno mismo elige. La masturbación en la infancia y la pubertad es, en este sentido, un "jugar a" la excitación sexual, haciendo que el yo trabe conocimiento con esta excitación y preparándolo para ser capaz de controlarla. En un principio, el juego de azar es concebido como un "juego", en el sentido de que se inquiere al oráculo, "jugando", qué es lo que decidiría en una situación más seria. Bajo la presión de tensiones internas, este carácter de juego puede desaparecer. El yo no puede controlar por más tiempo lo que ha iniciado, y queda oprimido en un círculo vicioso, bastante grave, de angustia, violenta necesidad de reaseguramiento y angustia a causa de la intensidad de esta violencia. El pasatiempo se convierte en asunto de vida o muerte (984).

CARACTERES "GOBERNADOS POR LOS INSTINTOS" *

Existen también actos impulsivos menos típicos. En el caso de ciertas personas con fijación narcisista-oral puede suceder que todos los actos queden encerrados en un círculo vicioso como el que acabamos de describir y deban ser realizados en una forma patológicamente impulsiva.

El análisis no confirma la presunción de que los caracteres impulsivos son dichosos "psicópatas narcisistas" que carecen de superyó y pueden, por ello, hallar la gratificación de todas sus exigencias sin ninguna consideración hacia los demás (1603). Seguramente la falta de relaciones de objeto duraderas en la primera infancia, o una fijación oral sumada a experiencias traumáticas, pueden hacer imposible la instauración en forma completa y definitiva, de un superyó eficiente. Puede suceder, por ejemplo, que las figuras parentales hayan cambiado en sucesión tan rápida que objetivamente hayan faltado el tiempo y la oportunidad de establecer relaciones e identificaciones duraderas. Pero las personas de esta clase también experimentan frustraciones y reaccionan a las mismas. El superyó, en este caso, no se halla ausente sino que es incompleto o patológico, y en las reacciones del yo al patológico superyó se reflejan las ambivalencias y contradicciones de estas personas frente a sus primeros objetos (84, 1122, 1266, 1525). El psicoanálisis de delincuentes juveniles proporciona variados ejemplos de estas

* *Instinct-ridden characters*, en el texto inglés. La expresión alemana de que deriva (y que da título a una obra de W. Reich) es *der triebhafte Charakter*. La versión literal del alemán, *carácter instintivo*, sería por cierto más sencilla, pero nos parece que se presta a confusiones, por el significado variable de los dos términos de que se compone. (T.)

relaciones deformadas con el superyó (31, 756, 911, 1266). Los casos de menos gravedad se caracterizan por una insatisfacción crónica. Son "hipersexuales" e hiperinstintivos, a causa de su estado de estancamiento. Los casos de gravedad mayor están regidos por fijaciones orales y cutáneas, por la extrema ambivalencia hacia todos los objetos, igualdad entre las necesidades eróticas y narcisísticas y por conflictos entre rebelión y propiciación.

Algunos impostores tienen una gran habilidad para enamorar a sus víctimas, al solo objeto de traicionarlas luego. Se hallan bajo el dominio de una necesidad narcisística de demostrarse a sí mismos que poseen la capacidad de ser amados. Quedan, sin embargo, insatisfechos, y se vengan por esta insatisfacción.

Las anomalías son inmediatamente comprensibles, a veces, en términos de la respectiva historia infantil. Los hallazgos anamnésicos típicos entre delinquentes de este tipo son los cambios frecuentes de medio, un ambiente desamorado o una influencia ambiental muy inestable. El complejo de Edipo, y su solución, son consecuentemente desorganizados, débiles, inestables. Algunos pacientes simplemente no aprendieron nunca a establecer relaciones objetales.

Hay diversos tipos de anomalías cualitativas del superyó y de su relación con el yo que constituyen una parte significativa del problema de la impulsividad. Una de ellas es el "soborno" del superyó, la negociación de libertades instintivas a cambio del cumplimiento, anticipado o simultáneo, de un requerimiento ideal o de un castigo (véanse págs. 332 y sig.). Un mecanismo de carácter más general, que puede utilizar o no este "soborno", fue descrito por Reich como característico en los caracteres "gobernados por los instintos" (1266): el "aislamiento" de todo el superyó. Mientras que ordinariamente el yo se esfuerza por satisfacer las exigencias del superyó, o bien toma medidas, ocasionalmente, para rechazarlas, aquí el yo parece tener al superyó a distancia, en forma activa y constante. Las experiencias con las personas cuya incorporación dio lugar a la creación del superyó han dado al yo la posibilidad de sentir la conciencia en un lugar determinado o en ciertos períodos (y la mayor parte de las veces de manera muy deformada), para sentirse relativamente libre de las influencias inhibitorias del superyó en el momento de ser puesto a prueba por el apremio irresistible de las necesidades de gratificación o de seguridad. La capitulación ante el impulso tiene lugar inmediatamente, antes de que pueda producirse una inhibición proveniente del superyó, y el "remordimiento" es sentido después, frecuentemente luego de producirse un desplazamiento en un sentido completamente diferente.

Un aislamiento de esta índole es especialmente estimulado por aquellas situaciones en que el yo ha experimentado previamente un intenso placer erótico y a la vez intensas frustraciones de su contorno, especialmente si se trata de personas ya caracterizadas, en el momento de sufrir tales experiencias, por una regulación oral de la autoestima y una intolerancia a las tensiones, desarrolladas bajo la influencia de traumas tempranos o experiencias que han conducido a la fijación oral.

Un paciente se había hecho muy impulsivo, bajo la influencia de un padre patológico y muy inconsecuente, que acostumbraba hacer generosos regalos en un determinado momento y quitarlos un momento más tarde, y hacer promesas que luego no mantenía. De este modo, el niño aprendió a tomar inmediatamente y con toda rapidez todo lo que le era dado tomar, antes de que le fuera nuevamente quitado, y a seguir todo impulso lo más rápidamente posible, antes de que pudiera sobrevenir cualquier prohibición.

La alternancia de períodos de acción con períodos de remordimiento muestra el parentesco de estos casos con los trastornos maniaco-depresivos; la actividad corresponde a la manía y el remordimiento a la depresión.

Estrechamente ligada a este "aislamiento del superyó" es la formación de una especie de segundo superyó, complaciente con los instintos, y una idealización de la actividad instintiva, ya sea por la racionalización de la propia terquedad como una "lucha por la buena causa" o bien bajo la influencia de adultos complacientes con los instintos (840). Esto, sin embargo, no es tan característico de la "impulsividad" como lo es de la conducta llamada asocial, que a veces no tiene nada de impulsiva (véanse págs. 645 y sig.).

Afin al problema de la conducta impulsiva es el del *acting out** en el tratamiento psicoanalítico (445, 1570). Bajo la influencia de la transferencia, toda persona cuyos conflictos infantiles son reactivados por el análisis puede desarrollar una tendencia a repetir experiencias pasadas en la realidad presente, o a interpretar erróneamente la realidad presente como si fuera una repetición del pasado, antes que recordar los hechos reprimidos en su correcta configuración. Algunos pacientes, sin embargo, se hallan más inclinados que otros al *acting out*, y existe un tipo de neurosis en que este *acting out* no se limita al tratamiento analítico, sino que la vida entera del paciente se compone de actos no adaptados a la realidad sino dirigidos al alivio de tensiones inconscientes. Fue éste el tipo de neurosis que en primer lugar describió Alexander con el nombre de carácter neurótico (38). De estos tipos nos ocuparemos luego, con más detalles (véanse págs. 564 y sig.). En general, tienen la misma estructura oral que los neuróticos impulsivos. Una complicación de esto, que se presenta también en ciertos neuróticos impulsivos, está representada por el hecho de que los actos en cuestión pueden significar también intentos de dominar experiencias traumáticas mediante la repetición y la "dramatización" activa.

ADICCIÓN A LAS DROGAS

El mismo apremio que gobierna los demás impulsos patológicos rige también en el caso de los "adictos a las drogas": la necesidad de lograr algo que no es meramente satisfacción sexual sino también seguridad y

* Respetando una costumbre ya generalizada, mantenemos sin traducir el término inglés *acting out*. Interesa señalar, a título ilustrativo, la sugestión de Ludovico Rosenthal, que propone como versión española la palabra "exactuación". (T.)

evidencia de la autoafirmación, y como tal, esencial para la existencia misma de la persona. Los "adictos" representan el tipo de "impulsivos" más netamente definido.

Algunos cleptómanos caen dentro de un círculo vicioso fatal a causa de que el acto de robar les va resultando cada vez más insuficiente para procurar alivio. Tienen que robar más y más. Estas personas podrían llamarse "adictos" al robo. Otras personas se sienten compelidas violenta e impulsivamente a devorar todo alimento que en un determinado momento está a su alcance; son "adictos" a los alimentos. Esta denominación sugiere ya el carácter urgente de la necesidad y la insuficiencia final de todos los intentos de satisfacerla. La adicción a las drogas difiere de estas "adicciones sin drogas" en un aspecto que las hace mucho más complicadas: los efectos químicos de las drogas.

Los efectos habituales de las drogas usadas por los adictos son o bien sedantes o estimulantes. Hay muchas ocasiones en la vida humana en que el anhelo de lograr tales efectos puede ser muy legítimo. Si una persona usa drogas al hallarse en una tal situación y deja de usarlas cuando ha salido de esa situación, no se le llama adicto. Una persona que está sufriendo dolor y recibe una inyección de morfina ha sido objeto de un acto de protección necesaria. De una manera semejante, las drogas eufóricas constituyen una protección contra estados psíquicos penosos —por ejemplo, contra las depresiones— y efectivamente son, a menudo muy eficaces. Mientras el uso de drogas no deja de ser puramente una medida de protección, no hay adicción. Un adicto es, por el contrario, una persona para quien la droga tiene un significado sutil e imperativo. Inicialmente, el paciente pudo haber buscado nada más que consuelo, pero termina por usar o tratar de usar el efecto de la droga para la satisfacción de otra necesidad, que es interior. La persona se hace dependiente de este efecto, y esta dependencia, en cierto momento, se hace tan abrumadora como para anular todo otro interés. De esta manera el problema de la adicción se reduce a la cuestión de la naturaleza de la gratificación específica que las personas de esta clase obtienen, o tratan de obtener, de su sedación o estimulación químicamente inducida, y de las condiciones que determinan el origen del deseo de esta gratificación.

En otras palabras, los adictos son personas que tienen una predisposición a reaccionar a los efectos del alcohol, la morfina y otras drogas, de una manera específica, es decir, de una manera tal que tratan de usar estos efectos para satisfacer el arcaico anhelo oral que es al mismo tiempo anhelo sexual, una necesidad de seguridad y una necesidad de conservar la autoestima (1236, 1239). El origen y la naturaleza de la adicción no residen, en

* Si bien el uso de la palabra *hábito* podría servir, en principio, para traducir *addiction* (afición patológica a una droga), tiene la dificultad de que no podría usarse el respectivo adjetivo (*habituado*). Existe, por otra parte, el problema que acarrea la extensión del concepto de *adicción* en expresiones tales como "adictos al amor" o "adictos a la comida". Hemos preferido emplear, por eso, como solución general para el caso, *adicción* y *adictos*. (T.)

consecuencia, en el efecto químico de la droga, sino en la estructura psicológica del paciente (691, 692).

El factor decisivo es, por lo tanto, la personalidad pre-mórbida. Los que se hacen adictos a las drogas son aquellas personas para quienes el efecto de la droga tiene un significado específico. Significa para ellos la realización, o al menos la esperanza de realización, de un deseo profundo y primitivo que sienten de una manera más apremiante de lo que es el caso para los anhelos instintivos —ya sean sexuales o de otra índole— en las personas normales. Este placer, o esperanza de placer, hace que la sexualidad genital carezca para ellos de interés. Se quiebra la organización genital y se inicia una extraordinaria regresión. Los diversos puntos de fijación determinan cuáles sectores de la sexualidad infantil —complejo de Edipo, conflictos de la masturbación, y en especial, impulsos pregenitales— pasarán a primer plano, y finalmente la libido queda transformada en una "energía amorfa de tensión erótica" sin "características diferenciales o formas de organización" (1236).

El estudio previo de la conducta impulsiva hace más fácil que comprendamos ahora cuál es el género de placer buscado por los adictos. Los pacientes dispuestos a renunciar a toda forma de libido objetal, necesariamente son personas que nunca estimaron demasiado las relaciones de objeto. Se hallan fijados a una finalidad narcisista-pasiva y sólo muestran interés en el logro de su gratificación, nunca en satisfacer a sus partenaires ni tampoco, para el caso, en la personalidad específica de sus partenaires. Los objetos no son para ellos otra cosa que proveedores de suministros. Desde el punto de vista erógeno, las zonas dominantes son la zona oral y la piel. La autoestima, y la existencia misma, dependen de la consecución de alimento y calor.

El efecto de la droga reside en el hecho de que se lo siente como tal alimento y calor. Las personas de esta clase reaccionan a las situaciones que crean la necesidad de sedación o estimulación, de una manera diferente a como lo hacen los demás. No toleran la tensión. No pueden tolerar el dolor, la frustración, las situaciones de espera. Aprovechan cualquier oportunidad para escapar con mayor rapidez y pueden sentir el efecto de la droga como algo mucho más gratificante que la situación original interrumpida por el dolor o la frustración precipitantes. Después de la "elación" * el dolor o la frustración se hacen aún más intolerables, dando lugar a un uso más intenso de la droga. Todos los demás impulsos van siendo gradualmente reemplazados por el "anhelo farmacotóxico" (1239). Gradualmente desaparece todo interés por la realidad, excepto lo que se relacione con el hecho

* La traducción de *elation* origina especiales dificultades. Fuera de *elación*, que es palabra anticuada, la palabra que más se acerca a dar la idea de *elation* en castellano es *exaltación*. El uso de ambos términos (el segundo como aclaración del primero) es la solución que se prefirió en la reciente traducción de *The Psychoanalysis of Elation*, de Bertram D. Lewin. De acuerdo con los términos del autor de esta última obra (véase el prólogo de la edición castellana, Ed. Nova, 1953), *elation* es aproximadamente sinónimo de *mania* e *hipomanía*, y lo opuesto de *depresión*. (T.)

de procurarse la droga. Por último, toda la realidad puede llegar a reducirse a la inyección hipodérmica. La tendencia hacia un resultado semejante, arraigada en una dependencia oral frente a los suministros externos, constituye la esencia de la adicción a las drogas. Todos los demás rasgos son incidentales.

El análisis de los adictos a las drogas demuestra que la primacía genital tiende a hacer colapso en aquellas personas en quienes esta primacía ya era inestable. Toda clase de deseos y conflictos pregenitales pueden revelarse, de una manera confusa, en el análisis. Las etapas finales son más instructivas que los confusos cuadros que se presentan durante el proceso. La "tensión amorfa", que aparece en cierto momento, se parece, en realidad, a la etapa más temprana del desarrollo libidinoso, antes de que existiera ninguna clase de organización, es decir, la orientación oral del bebé, que pide gratificación sin ninguna capacidad de dar ni consideración alguna hacia la realidad. Las tendencias orales y cutáneas aparecen manifiestas en aquellos casos en que la droga es ingerida por la boca o recibida mediante una inyección hipodérmica. Ciertamente es que la jeringa puede tener también un significado simbólico genital, pero el placer es logrado a través de la piel y es de carácter pasivo-receptivo. Más importante que todo placer erógeno, en la *elación* por las drogas, es, sin embargo, el extraordinario incremento de la autoestima. Durante este estado de "elación" por las drogas, nuevamente coinciden, visiblemente, las satisfacciones eróticas con las narcisísticas. Y esto es lo decisivo.

Diversos hallazgos de otros autores (299) pueden conciliarse fácilmente con esta formulación. Según Simmel el uso de drogas representa primeramente la masturbación genital, acompañada de fantasías y contenidos apropiados; pero más adelante aparecen conflictos de niveles más profundos del desarrollo, que se extienden retrospectivamente hasta la etapa oral (1441). Esto corresponde a la gradual desintegración regresiva de la sexualidad, proceso cuyo punto terminal es ciertamente más significativo que los momentos intermedios. Simmel demostró también que para los adictos a las drogas, los órganos pueden representar objetos introyectados, lo cual está también de acuerdo con una regresión oral. De una manera semejante, los hallazgos de Gross, en cuanto a que existe en el adicto una disfunción del superyó y de otras identificaciones (721), concuerdan con el mismo punto de vista, ya que la identificación es la relación objetual de la etapa oral.

La identidad en el conflicto decisivo, en uno y otro caso, explica la relación entre la adicción a las drogas y los estados maniaco-depresivos. Correctamente designó Simmel como "manía artificial" a la *elación* debida a las drogas (1441). En las etapas finales de su enfermedad, los adictos a las drogas viven en estados, ya carentes de objeto, en que alternan la *elación* y la depresión de "la mañana siguiente", lo que en última instancia corresponde a la alternación de hambre y saciedad en el bebé psíquicamente aún indiferenciado.

En el proceso final de la adicción empiezan a prevalecer más y más las depresiones de "la mañana siguiente". La complicación decisiva en la psicología de los adictos a las drogas está representada por la creciente

insuficiencia de la *elación* alcanzada. Circunstancias fisiológicas y psicológicas, aún no investigadas, se oponen a la suficiencia y aun a la aparición de la *elación*. El paciente se ve obligado a recurrir a dosis más elevadas a intervalos más cortos. La falta de efecto intensifica el anhelo. Al no ser satisfecho éste, la tensión se hace más insoportable. Ahora bien, la inyección hipodérmica no es usada tanto con el propósito de encontrar placer, cuanto como un intento inadecuado de protección contra una tensión insoportable, que tiene relación con el hambre y el sentimiento de culpa.

La disminución del efecto de la droga tiene ciertamente una raíz fisiológica, pero hay también raíces psicológicas. Si luego de una *elación* lograda mediante la droga es necesario enfrentar nuevamente la situación desdichada que condujo a usar la droga, esta situación parecerá ahora, forzosamente, más insoportable, y obligará a evasiones cada vez más frecuentes e intensas. Ya hemos dicho también que los actos impulsivos llevados a cabo con propósito de protección contra peligros supuestos pueden volverse peligrosos ellos mismos, lo que puede dar lugar a un círculo vicioso. Esto es lo que pasa también con los adictos a las drogas. Si éstos se percatan de su progresiva desintegración mental, ciertamente lo perciben como un peligro, pero carecen de otros medios para enfrentar este peligro que el de aumentar la dosis de la droga. La idea de que el intento de forzar a los dioses a conceder protección puede ser peligroso, y que a causa de este peligro será necesario forzar aún más a los dioses, es operante en toda neurosis impulsiva. Sólo que en la adicción a las drogas la idea de que la medida protectora puede ser peligrosa, es, por razones fisiológicas, de carácter muy real. Es un peligro. Los pacientes se percatan de ello y caen dentro de un círculo vicioso insalvable. El círculo maniaco-depresivo de *elación* y de "la mañana siguiente" se hace cada vez más irregular; la "elación" se hace cada vez más corta y en cierto momento desaparece, en tanto que la depresión va tomando un carácter permanente.

En cuanto a los efectos específicos de las diversas drogas sobre la estructura de la personalidad, el problema de una suplementación psicoanalítica de la especial acción farmacológica de las drogas, hasta ahora, pese al plan de Schilder (1379), referente a un "farmacopsicoanálisis", ha sido escasamente enfrentado (747).

La "elación" específica del alcohol se caracteriza por el hecho de que las inhibiciones y las consideraciones sobre la realidad que tienden a refrenar al individuo, desaparecen de la conciencia antes que los impulsos instintivos, de modo que la persona que no tiene el atrevimiento de realizar actos instintivos consigue a la vez, con la ayuda del alcohol, satisfacción y alivio. El superyó ha sido definido como "aquella parte de la psique que es soluble en alcohol". El alcohol, por ello, fue siempre ensalzado por su poder de ahuyentar la inquietud. Los obstáculos parecen menores y la satisfacción de deseos más cercana, en algunas personas por la disminución de las inhibiciones, y en otras, por el abandono de la realidad y su sustitución por placenteros sueños diurnos.

En concordancia con esto, las razones que hacen volver al alcohol son

o bien la existencia de frustraciones externas, es decir, situaciones de desdicha que uno quisiera olvidar y reemplazar por fantasías placenteras, o inhibiciones internas, vale decir, estados en que uno no se atreve a actuar contra el superyó sin dicha ayuda artificial. Entre dichas inhibiciones, las inclinaciones depresivas son de la mayor importancia.

Una vez que la desdicha (externa o interna) llega a su fin, la bebida puede interrumpirse o no. Las personas en quienes esto último no sucede, son llamadas alcoholistas. Se caracterizan por su personalidad pre-mórbida oral y narcisista, tal como ésta fue descrita para las adicciones en general. Hay, sin embargo, unos pocos aspectos que son de carácter específico en el alcoholismo. Knight (960, 963, 964) y otros (2, 157, 260, 273, 301, 450, 685, 799, 856, 903, 926, 947, 1142, 1155, 1156, 1305, 1561) demostraron que en los alcoholistas crónicos constelaciones familiares difíciles habían creado frustraciones orales específicas en la infancia. Estas frustraciones dan origen a fijaciones orales, con todas las consecuencias que dichas frustraciones tienen para la estructura de la personalidad. En los varones, estas frustraciones dan lugar a que el niño se aparte de la madre frustradora para acercarse al padre, es decir, dan lugar a tendencias homosexuales, más o menos reprimidas. Los impulsos inconscientes en los alcoholistas son por su carácter, típicamente, no solamente orales sino también homosexuales.

Basta recordar las numerosas costumbres características del bebedor para hallar confirmación a esto. Es más probable que los homosexuales latentes, seducidos por frustraciones sociales, sean particularmente afectos al alcohol, y no que éste, por sus efectos tóxicos, sea el que conduce a la homosexualidad.

Es muy importante establecer si una persona recurre al alcohol a causa de una aflicción (depresiva) de carácter externo o interno, abandonándolo cuando cesa el motivo que lo ha hecho necesario, o bien toda su psicosexualidad y su autoestima son regidas por el deseo de un estado de borrachera y *elación*, o, finalmente, si este deseo de borrachera y "elación" se halla en peligro de quiebra y el paciente, en estado de "impotencia farmacotóxica", está tratando de perseguir una felicidad inalcanzable.

Resulta decisivo también el establecer si el suministro necesitado es requerido todavía de un objeto, y el alcohol es utilizado, por lo tanto, como un medio de facilitar el logro de ese objeto, o bien el alcohol se ha transformado él mismo en ese suministro, y el interés por el alcohol ha reemplazado todo interés dirigido hacia los objetos.

La conducta general del paciente en relación con el ambiente proporciona un índice, con cierto grado de certeza, del grado de desintegración a que han llegado sus relaciones de objeto. Aquellos que beben en tren de convite, con amigos, tienen un pronóstico mejor que los bebedores solitarios.

El trastorno periódico de los bebedores se estructura de acuerdo a lineamientos generales semejantes a los de la periodicidad de los estados maniaco-depresivos. Cuando el alcohol se ha usado para huir de una desdicha, externa o interior, esta desdicha, pasada la "elación", parece mayor.

Si bien, en general, el alcohol ayuda a liberarse de los estados de ánimo depresivos que sólo vuelven con los efectos de la "mañana siguiente", en algunas personas puede precipitar depresiones en forma inmediata. El análisis logra, a veces, explicar éste fracaso de la intención del tomador basado en su historia. Todo logro efectivo de los suministros necesitados puede transformarse en nuevo peligro o culpa. La bebida representa, en tal caso, el papel de "introyección patognomónica", que precipita las depresiones.

Sólo en pequeña escala han sido objeto de estudios psicoanalíticos las psicosis de los adictos, especialmente las psicosis alcohólicas (205, 946, 1254, 1379, 1529, 1585). En la medida en que son de carácter maniaco-depresivo, basta como explicación la relación psicológica entre ambos cuadros nosológicos. Cuando la adicción puede ser considerada como el último recurso para evitar la caída en la depresión, se comprende que la caída sobreviene cuando la adicción se ha hecho ya decididamente insuficiente. La inutilidad del mundo de los objetos, que la orientación farmacotóxica ha hecho superfluo, facilita evidentemente una eventual "ruptura con la realidad", de carácter psicótico. Frecuentemente la psicosis comienza durante el período de abstinencia, debido a que la misma prescindencia de la bebida hace que los remanentes de realidad resulten aún más insoportables. Tratándose de psicosis que no son maniaco-depresivas, no está claramente establecido dónde se originan los síntomas clínicos, en qué medida son psicogénicos y en qué medida orgánicos o tóxicos. Para una exposición referente a los síntomas paranoides, véase el capítulo sobre esquizofrenia (págs. 479 y sigs.).

Tausk (1529), en un artículo muy instructivo, interpretó el delirio alcohólico profesional como la expresión de una excitación sexual en pacientes que son estimulados eróticamente y al mismo tiempo reducidos a la impotencia por el alcohol, y que, en niveles más profundos, son homosexuales y narcisistas.

ADICCIONES SIN DROGAS

Los mecanismos y síntomas de las adicciones pueden presentarse también sin el empleo de ninguna droga, y por lo tanto, sin las complicaciones acarreadas por los efectos químicos de las drogas. Una categoría especial es la de los ya mencionados "adictos" a la comida, entre los que se cuentan varios tipos diferentes (99). En los adictos a la comida, ningún desplazamiento ha transformado el primitivo objeto (alimento) de las ansias de gratificación simultánea de la sexualidad y la autoestima. Sin embargo, en etapas posteriores de desarrollo se han agregado otros significados inconscientes al alimento patológicamente anhelado, que puede representar, de este modo, heces, niño (embrión) y pene. En casos graves, la esfera de la comida termina por ser el único vínculo de interés que conecta a la persona con la realidad. Wulff ha descrito un tipo especial de adicción a la comida, que se presenta solamente en la mujer, y que sigue un curso cíclico y tiene estrecha relación con las perturbaciones maniaco-depresivas (1619) (véanse págs. 277 y sigs.).

El alimento exigido es a veces de carácter específico y depende de experiencias olvidadas que, en su tiempo, y en forma aguda, provocaron los conflictos en que se basa la adicción. Un caso de éstos era una adicción a las salchichas.

Es comprensible que durante el embarazo se produzca la reactivación de viejas fantasías inconscientes que giran alrededor de la introyección. Las mujeres con fijación oral y actitud ambivalente hacia su embarazo resucitarán sus anteriores conflictos con respecto a impulsos orales. Las "adicciones específicas", a los alimentos, por eso, ocurren con más frecuencia durante el embarazo que en cualquier otro estado (829, 1144).

Ciertos pacientes consiguen mantener su "adicción" en un nivel más bajo, menos desarrollada que en los adictos a la comida. Son personas que necesitan café, leche, coca-cola o incluso agua, en forma más o menos obsesiva, pero que, aparte de eso, son relativamente normales.

Existe una relación característica entre los deseos vehementes de alimento y las fobias a los alimentos o ciertos casos de anorexia. Estos últimos casos pueden ser consecuencia de la represión de ansias mórbidas. El análisis logra descubrir a veces, en casos de fobia a los alimentos, un olvidado período de la infancia en que fue patológica y vehementemente deseado el género de alimento posteriormente rehuído.

En otros casos resulta menos evidente, a causa de la distorsión, el carácter de alimento asumido por los objetos mórbidamente ansiados. Un ejemplo de esto es la adicción a la lectura, que no es infrecuente entre adolescentes, y es hallada ocasionalmente entre adultos.

Un paciente, que era incapaz de toda espera, tenía la necesidad obsesiva de llevar libros consigo para poder leer en todo segundo que tuviera libre. Tenía que evitar estar solo consigo mismo. El libro en el bolsillo le procuraba el mismo reaseguramiento que la morfina en el bolsillo ofrece al adicto a esta droga. El análisis demostró que el acto de leer era inconscientemente equiparado a comer. Este significado es típico tanto para la adicción a la lectura como para los trastornos neuróticos de la lectura (124, 1512). Las fobias a la lectura pueden tener su origen en una represión del ansia de leer. Los rituales compulsivos en la lectura pueden representar las condiciones en que es dable ceder nuevamente al ansia de leer. El impulso de leer mientras se come es un intento de distraer la atención de una excitación erótica oral, la que, sin embargo, vuelve de la represión.

Otro tanto puede decirse de los "hobbys" que tienden a rebasar su carácter de tales para transformarse en una preocupación obsesiva y eventualmente en una condición absolutamente indispensable para el bienestar y para la protección contra la depresión (99).

El tipo más importante está representado por los "adictos al amor" *, es decir, aquellas personas para quienes el afecto o la confirmación que reciben de objetos externos, desempeña el mismo papel que los alimentos en el caso de los adictos a la comida. Si bien son incapaces de retribuir amor, tienen absoluta necesidad de un objeto por el que se sienten amados, pero sólo como un instrumento para procurarse la condensada gratificación oral. Estos "adictos al amor" representan un alto porcentaje de los "hipersexuales" ante-

riormente descritos (véanse págs. 279 y sigs.), y a menudo son candidatos para ulteriores trastornos maníacodepresivos (véanse págs. 436 y sigs.).

Una paciente sufría, a consecuencia de ciertas experiencias infantiles, de un grave temor angustioso de ser abandonada. A semejanza del niño temeroso que no es capaz de dormirse si le falta la presencia protectora de la madre junto a su cama, esta paciente necesitaba, en su vida adulta, tener la seguridad de una unión protectora con los demás. En el análisis, su principal resistencia consistió en que no tenía más interés que el de asegurarse de que el analista estaba de su parte. Era incapaz, por esta razón, de decir no a ningún hombre. Siempre que se hallaba sola, tenía que salir a encontrar inmediatamente un hombre. Tenía aparentemente una activa vida sexual adulta. En realidad, la vida sexual representaba para ella lo mismo que la mano tranquilizadora de la madre representa para el niño asustado. Su conducta sexual constituía un medio de represión de sus impulsos sexuales completos, que eran, por supuesto, de carácter sádico-oral (véanse págs. 575 y sigs.).

Todos los impulsos mórbidos, así como las adicciones (con o sin drogas) constituyen, dígase una vez más, intentos infructuosos de dominar la culpa, la depresión o la angustia mediante la actividad. Como tales, son afines a las actitudes contrafóbicas (véanse págs. 536 y sigs.).

Los pacientes tratan de revivir en forma de "juego" los peligros que temen, y aprender de este modo a controlarlos. Pero sucede a menudo que el juego se transforma en "la cosa real", y el peligro que procuraban controlar termina por arrollarlos.

ESTADOS DE TRANSICION ENTRE LOS IMPULSOS MORBIDOS Y LAS COMPULSIONES

En este capítulo hemos establecido una neta distinción entre impulsos mórbidos yo-sintónicos y los síntomas de los neuróticos obsesivos, que son extraños al yo. Pero también existen algunas formas de transición. Algunas de las "adicciones sin drogas" apenas se distinguen de las obsesiones. A veces ciertos síntomas compulsivos, que en su mayor parte son, relativamente, de carácter insignificante, se sexualizan secundariamente y se constituyen en fuente de placer para el yo. Podría dárseles el nombre de "obsesiones placerenteras" y constituyen una forma de transición hacia las perversiones (475). Algunos pacientes, por ejemplo, se pasan habitualmente horas enteras leyendo atlas u horarios, llevando contabilidades o haciendo cálculos, actividades éstas que les procuran un gran placer. Todos los *hobbys* de este tipo, en que los hábitos se combinan con diversos pequeños juegos de carácter compulsivo, representan, desde luego, derivados del impulso primitivo, distantes de éste lo bastante como para ser tolerados, pero suficientemente cercanos al mismo como para procurar placer. También se los puede considerar como una transición entre el síntoma neurótico y la sublimación, pero su carácter compulsivo, la mayor parte de las veces, está demasiado en primer plano como para que se los pueda considerar como sublimaciones. En cierta medida, casi todo neurótico obsesivo presenta, además de los síntomas más importantes, un

* Véase nota de la pág. 423.

número apreciable de estos juegos compulsivos menores, que le procuran una diversión que no le agradaría perder. La similitud entre estos juegos compulsivos y los juegos infantiles, en los que hay que obedecer a ciertas reglas estrictas, conduce a pensar que una sexualización secundaria de actividades que primitivamente estuvieron al servicio de medidas defensivas puede desempeñar también un papel importante en la psicología de los juegos infantiles. Algunos *hobbys* y ciertas actividades obsesivas o predilectas, que representan derivados del autoerotismo infantil, ocupan una posición intermedia entre los actos impulsivos y las perversiones (1159, 1304).

Su estructura es, en realidad, la de las perversiones; es decir, representan una condensación de pulsiones eróticas y reaseguramientos contra temores que se les oponen. Un paciente tenía el *hobby* de coleccionar trozos de todas las cosas que leía y disponerlos en diferentes hileras. Al proceder así disfrutaba: a) de un placer erótico-anal (lo que leía representaba alimento y las hileras eran las heces, resultantes de la transformación que él imponía a los alimentos; le gustaba contemplar sus heces y admirar su propia "productividad"; esto mismo le procuraba b) un reaseguramiento (su sistema de clasificación había de constituir la prueba de que tenía las cosas "bajo control").

Otro paciente encontraba un placer obsesivo en hacer compras por correo y sentía el orgullo de ser un experto en toda clase de mercaderías. De niño acostumbraba estudiar hasta los menores detalles los catálogos de Sears-Roebuck,* y en el "hobby" que luego adquirió trató de demostrar que no lo había hecho en vano. La historia de esta afición resultó ser bastante complicada. Serán suficientes, sin embargo, para advertir su doble carácter de actividad sexual y de reaseguramiento, los hechos siguientes:

1. Cierta vez, siendo aún pequeño, su padre le mostró una lámina de catálogo que reproducía la estatua de una mujer desnuda, diciéndole: "Este es el aspecto que tienen las mujeres". Según lo que recordaba el paciente, no había entendido del todo lo que su padre quiso decir y se sintió bastante confuso. (Durante el análisis se formuló la hipótesis de que en realidad el niño había visto por sí solo la lámina, se sintió confundido por la falta de pene, preguntó al padre y obtuvo esta respuesta: "Este es el aspecto que tienen las mujeres".) El ulterior estudio de los catálogos era análogo a una perversión escotofílica: contemplando las ilustraciones, el paciente trataba de superar y negar su ignorancia y confusión, y en un plano más profundo, su temor a la castración. Pero la mujer desnuda de la primera ocasión era demasiado atemorizante y tuvo que ser reemplazada por las "mercaderías".

2. En cierta ocasión, hacia la misma época, el paciente fue, solo, a una ferretería, a comprar unas herramientas; pero no supo exactamente qué era lo que quería y fue reprendido y mandado a casa por el vendedor. Esta herida narcisística tenía que ser compensada, primeramente, adquiriendo un extraordinario conocimiento en materia de mercaderías (el estudio de los catálogos era una obsesiva "preparación" para la "cosa real" de una verdadera compra), y en segundo lugar, cambiando el acto de comprar personalmente por la compra por correo. Los sueños y los síntomas demostraron que el suceso de la ferretería servía de recuerdo encubridor a un hecho todavía anterior. De acuerdo con la reconstrucción analítica, el niño, en cierta ocasión, había mojado los pantalones estando en una tienda, y se había avergonzado por ello.

* Importante establecimiento comercial de Estados Unidos. (T.)

3. La madre del paciente había sido muy exigente y severa en sus críticas, aunque bastante arbitraria. No solamente hería frecuentemente al niño en su orgullo masculino, sino que criticaba también al padre, a quien echaba en cara el no ser activo y haber dejado que otros se aprovecharan de él. La ambición de ser un buen comprador representaba también el deseo edípico del niño.

Al estudiar los catálogos, el paciente se preparaba para futuras ocasiones de poner a prueba su masculinidad y para evitar la repetición de sus fracasos y su confusión. Todo lo que sea mercadería tiene el significado de "mujeres desnudas", a las que el paciente conoce de este modo lo suficiente como para sentirse orgulloso de sí mismo y poder exhibir su masculinidad. Sin embargo, el carácter obsesivo del "hobby" y la insistencia en los pedidos por correo, que en realidad constituye una fobia a las compras, no demuestran todavía mucha seguridad de sí mismo. En realidad, aunque era muy ambicioso, su angustia de castración y sus sentimientos de inferioridad eran poderosos, y su placentero "hobby" constituía un intento de negarlos.

No debe confundirse un placer secundario en las obsesiones con una realización obsesiva de actos aparentemente sexuales en los que faltan completamente (o no son suficientes) los sentimientos sexuales. Síntomas creados con el propósito de rechazar la masturbación, pueden, en determinado momento, por infiltración de las fuerzas rechazadas, ser reemplazados por la masturbación misma. Una masturbación de esta índole no procura placer. La falta de satisfacción intensifica el empeño de lograrla. La protección-perdón de los dioses, que podría posibilitar una tranquilizadora satisfacción, puede ser buscada en la masturbación con el mismo frenesí con que el jugador lo hace en el juego. Y de una manera similar a lo que pasa con el juego, la masturbación puede ser también llevada a cabo con un propósito de castigo, al ser concebida como un equivalente de la castración (412). El yo demuestra al superyó su autodestrucción, solicitando el perdón mediante la propiciación y la terquedad. Y el superyó hace lo que hicieron los dioses que castigaron la codicia del rey Midas*, llevándolo a la perdición mediante la satisfacción de sus deseos. Le es concedida al yo la sexualidad que desea, pero en una forma dolorosa y aniquiladora. Lo mismo puede decirse de ciertos actos perversos, que por ello podrían llamarse perversiones compulsivas. Un comportamiento instintivo de esta índole puede representar también un intento desesperado e inadecuado de descarga, en forma sexual, de tensiones de todo género. El acto es realizado no sólo para encontrar placer o lograr un castigo, sino también para liberarse de una tensión dolorosa e insuportable y aliviarse de un estado de depresión (665). Del mismo modo que en las adicciones una droga puede resultar insuficiente y ser necesaria una dosis cada vez mayor de la misma, la impotencia orgásmica (1270) puede crear, en estos casos, una necesidad cada vez mayor de tales actos pseudosexuales. En los casos graves de "adicción sexual", la sexualidad pierde

* Mitológico Rey de Frigia, a quien Dionisio concedió el don de ver trocado en oro todo lo que tocara. Puesto en trance de morir de inanición a causa de esto, fue salvado por el mismo dios, por cuyo consejo se bañó en el Pactolo. Desde entonces este río arrastra oro en sus aguas. (T.)

su función específica para transformarse en una inespecífica e ineficaz protección contra los estímulos.

Los individuos de este tipo, que se preocupan por su sexualidad sin encontrar un placer sexual, pueden lograr en cambio un placer narcisista derivado de su supuesta potencia (véase pág. 574).

En algunas formas de actividad sexual, el partenaire sexual sirve a la misma finalidad que la droga en la adicción.

LA TERAPIA PSICOANALÍTICA EN LAS NEUROSIS IMPULSIVAS Y LAS ADICCIONES

Hay mucho debate aun acerca de la terapia psicoanalítica de personas con impulsos mórbidos o adicciones. Un enfoque comprensivo de los mecanismos implicados pone en evidencia que en principio estos pacientes pueden ser sometidos a un tratamiento psicoanalítico, pero que, desde el punto de vista práctico, esto obliga a superar ciertos problemas especiales. No sólo que el síntoma es de por sí placentero —con lo que el caso ofrece al analista la misma dificultad que el del perverso— sino que además la constitución pregenital, narcisista, del paciente, impone la necesidad de retroceder hasta las capas más profundas, y la intolerancia a la tensión impone la necesidad de modificaciones en la técnica. Se admite generalmente, sin embargo, que el tratamiento psicoanalítico ha de intentarse siempre que sea posible. Si se obtiene un éxito en la curación de un adicto, logrando el abandono del hábito, y al mismo tiempo se deja que quede inalterada la disposición premórbida, el paciente se verá pronto inducido a volver al uso de la droga. No es el efecto químico de la droga lo que debe combatirse, sino el deseo mórbido de una embriaguez eufórica.

El período más favorable para iniciar un análisis es, por supuesto, el de la abstinencia, o inmediatamente después que ésta se ha iniciado. Pero no es dable esperar que el paciente ha de mantener la abstinencia a lo largo del análisis. Si la oportunidad se presenta, probablemente volverá a hacer uso de la droga cada vez que en su análisis predomine la resistencia. Es ésta la razón por la cual los adictos han de ser analizados en instituciones más bien que como pacientes ambulatorios (219, 964, 1440). No se pueden formular reglas de carácter general sobre el momento y la manera en que se debe cortar el uso de la droga cuando se trata de reincidentes. De la concepción general que se tiene de este trastorno se deduce que la adicción sigue el curso de un proceso crónico desintegrador, y que lo más importante a tener en cuenta, desde el punto de vista terapéutico, es el grado de desintegración alcanzado en el momento de iniciarse el análisis. El concepto de "adicto a las drogas" incluye individuos que presentan relaciones muy variadas con la realidad y de capacidad también muy diversa para el establecimiento de la transferencia (1440).

No debe tampoco pasarse por alto el hecho de que una adicción comienza como una búsqueda de un guardián protector contra una estimulación dolorosa. En el caso de muchos a quienes se acusa de borrachos, la bebida es esencialmente un medio de apartarse de situaciones externas insostenibles. En tales casos, la terapia no será de ninguna utilidad mientras persistan esas condiciones externas, y resultará innecesaria si éstas cambian.

En cuanto a los casos que responden más a causas de carácter interno, puede darse por sentado, en general, que el pronóstico será tanto más favorable cuanto más reciente sea la adicción.

En lo que se refiere a otras formas de conducta impulsiva, el pronóstico depende en primer lugar de los mismos factores que en la perversión, y en segundo lugar del grado de susceptibilidad al tratamiento que presenta la intolerancia a la tensión. Mediante cierto tipo de tratamiento preliminar se puede conseguir que el paciente adquiera mayor conciencia de su enfermedad y fortalecer su deseo de curarse, antes de iniciar el psicoanálisis propiamente dicho. Y puede darse la necesidad de cierto tipo de actividad de parte del analista, tal como la que antes se mencionó, frente a la intolerancia a la tensión y a la tendencia al *acting out*. Para las modificaciones necesarias en la técnica, remitimos al lector a la literatura especial sobre este punto (438, 445, 491, 506, 669, 1271, 1279 y otros).

CAPÍTULO XVII

DEPRESION Y MANIA

DEPRESION Y AUTOESTIMA

La comprensión de las neurosis impulsivas y las adicciones nos ofrecen los prerequisites básicos para el estudio de ese mecanismo de formación de síntomas, tan frecuente y al mismo tiempo tan lleno de problemas, que es la depresión. En forma leve, la depresión se presenta en casi todas las neurosis (al menos, bajo la forma de sentimientos neuróticos de inferioridad). En su forma más intensa, es el más terrible de los síntomas que caracterizan el angustioso estado psicótico de la melancolía.

La depresión se basa en la misma predisposición que la adicción y los impulsos patológicos. Una persona fijada al estado en que su autoestima es regulada por suministros externos, o a quien los sentimientos de culpa han hecho regresar a ese estado, tiene una necesidad vital de tales suministros. Recorre este mundo en una situación de constante voracidad. Si sus necesidades narcisísticas no son satisfechas, su autoestima desciende hasta un punto peligroso. Para evitarlo, está dispuesta a hacer cualquier cosa. Intentará por todos los medios inducir a los demás a dejarle participar en su supuesto poder. Por un lado, la fijación pregenital de estas personas se manifiesta en una tendencia a reaccionar a las frustraciones con la violencia. Su dependencia oral, por otro lado, les impulsa a tratar de conseguir lo que necesitan por medio de la propiciación y la sumisión. El conflicto entre estas dos formas contradictorias de conducta es característico de las personas que presentan esta predisposición.

En el análisis, los métodos de propiciación a menudo demuestran ser, al mismo tiempo, métodos de rebelión. El sacrificio y la plegaria, los clásicos métodos de propiciación, son concebidos a menudo como una especie de violencia mágica utilizada para obligar a Dios a dar lo que es necesario. Muchas actitudes depresivas son precisamente condensaciones como ésta, de propiciación y agresividad.

Con su permanente necesidad de suministros que procuren satisfacción sexual y eleven simultáneamente la autoestima, estas personas son "adictos del amor", incapaces de amar activamente. Necesitan, de una manera pasiva, ser amados. Se caracterizan además por su dependencia y su tipo

narcisístico de elección de objeto. Sus relaciones de objeto se hallan mezcladas con rasgos de identificación y tienden a cambiar de objeto con frecuencia porque ningún objeto es capaz de procurarles la satisfacción necesaria. Necesitan, de parte de sus objetos, una conducta tal que, poniéndoles en condiciones de sentir al unísono con el partenaire (véanse págs. 652 y sigs.), les permita o estimule la participación. Sin prestar ninguna consideración a los sentimientos del prójimo, exigen de él, sin embargo, comprensión para los sentimientos propios. Siempre se hallan empeñados en conseguir un "buen entendimiento" con la gente, pero son incapaces de contribuir satisfactoriamente con la parte que les corresponde para lograr tal entendimiento. Es esta necesidad lo que les impulsa al intento de negar su permanente disposición a reaccionar de una manera hostil.

En consonancia con la temprana fijación de las personas de esta índole, no tiene gran importancia la personalidad del objeto. Tienen necesidad de suministros, y no importa quien los ha de proveer. No tienen que ser necesariamente una persona; puede ser una droga o un "hobby" obsesivo. Algunas personas de este tipo lo pasan peor que otras. No solamente necesitan suministros, sino que a la vez temen conseguirlos, porque inconscientemente los consideran peligrosos.

Tal como sucede con los adictos a las drogas, los "adictos al amor" también pueden volverse incapaces de conseguir la satisfacción deseada, y esto, a su vez, intensifica la adicción. La causa de esta decisiva incapacidad es la extrema ambivalencia vinculada a su orientación oral (1238).

La comprensión de este tipo arcaico de regulación de la autoestima resultará más fácil si hacemos una recapitulación de las etapas de desarrollo de los sentimientos de culpa (véanse págs. 173 y sigs.). En la vida del bebé alternan las etapas de hambre y saciedad. El hambriento bebé recuerda haber estado satisfecho anteriormente y trata de forzar el retorno de ese estado mediante la afirmación de su "omnipotencia" con el llanto y la gesticulación. Más tarde deja de creer en su omnipotencia. La proyecta sobre los padres y trata de recuperarla mediante la participación en la omnipotencia de ellos. Tiene necesidad de esa participación, del sentimiento de ser amado, tanto como antes necesitó la leche. Ahora la sucesión de hambre y saciedad es reemplazada por la alteración de estados en que el niño se siente solo y por ello experimenta una especie de autodesvalorización —nosotros lo hemos llamado aniquilación— y estados en que se siente amado y su estima es restaurada. Más tarde todavía, el yo adquiere la capacidad de juzgar previendo el futuro. Entonces el yo crea (o más bien utiliza) estados de "aniquilación menor" o de pequeña "disminución" de la autoestima como un medio de precaverse de la posibilidad de una pérdida real y definitiva de los suministros narcisísticos. Más tarde aún, el superyó desarrolla y se hace cargo de la regulación interna de la autoestima. La sensación de ser amado ya no es más el único requisito previo del bienestar, sino que hace falta también el sentimiento de haberse comportado como es debido. Se desarrolla la función premonitoria de la conciencia. La "mala conciencia" crea nuevamente estados de aniquilación menor o de pequeñas

disminuciones de autoestima para prevenir otra vez contra el peligro de una pérdida definitiva de los suministros narcisísticos, esta vez provenientes del superyó. En algunas circunstancias, la señal premonitoria de la conciencia puede fallar y verse convertida en la angustiada sensación de aniquilación completa de la melancolía, del mismo modo que en la histeria de angustia la señal premonitoria de angustia puede transformarse repentinamente en un completo pánico. La explicación de esta falla de la conciencia había sido postergada. El estudio de la depresión es el lugar apropiado para volver al tema.

Una depresión grave representa el estado a que es llevado el individuo oralmente dependiente cuando carece de los suministros vitales. Una depresión leve es una anticipación de ese estado con propósitos de premonición.

Los motivos para la defensa contra los impulsos instintivos son la angustia y el sentimiento de culpa. Del mismo modo que en la histeria de angustia todavía puede verse una angustia que motiva la defensa, en algunas depresiones simples se evidencia como motivo de defensa un sentimiento de culpa.

A continuación de períodos de prolongada privación o frustración, toda persona tiende a hacerse apática, lenta, retrasada, carente de interés en todo. Aun las personas normales, al parecer, necesitan cierta dosis de suministros narcisísticos externos, y cuando éstos cesan por completo se ven en la situación del bebé que carece de suficientes cuidados. Estas situaciones son modelos de "depresiones simples". Existen estados de transición entre las "depresiones" de esta índole y las regresiones a estados pasivos de satisfacción alucinatoria de deseos, en que ya no se registran exigencias dirigidas al mundo real, y la vida es reemplazada por una existencia pasiva, vegetativa, sin objetos, a semejanza de ciertos estados catatónicos (véase pág. 148).

Las depresiones neuróticas son intentos desesperados de obligar a un objeto a conceder los suministros vitalmente necesarios, mientras que en las depresiones psicóticas una pérdida efectiva y completa ya se ha producido realmente, y los intentos de regulación se dirigen exclusivamente al superyó (597, 668, 1238).

Esto no constituye, sin embargo, una diferencia de carácter absoluto. También en las depresiones neuróticas, los sentimientos de culpa y el temor de ser abandonado por el superyó desempeñan un importante papel. El afecto proveniente de objetos externos se hace necesario entonces para contradecir al superyó acusador. Y en las depresiones psicóticas, donde la lucha se desarrolla en un plano narcisístico, todavía la ambivalencia hacia los objetos externos es factible de reconocer.

LA ORALIDAD EN LA DEPRESION

La pregenitalidad de estos pacientes se exhibe ante todo en su orientación anal. Abraham demostró que la personalidad de los maniaco-depresivos en sus intervalos de remisión, se asemeja en gran medida a la de los neuróticos obsesivos (5, 26). Las combinaciones de depresiones y neurosis obsesiva son frecuentes. Muy a menudo el dinero juega un papel significativo

en el cuadro clínico (el temor a la pérdida de dinero y de poder, en las depresiones). Detrás de esta orientación anal siempre resultan visibles las tendencias propias de una fijación oral. La negativa a comer no es sólo el síntoma clínico más extendido de la melancolía. Es concomitante de toda depresión. Ocasionalmente alterna también con la bulimia.

En el capítulo sobre órgano-neurosis mencionamos un tipo de depresión neurótica en el que las fases depresivas se combinan con bulimia, mientras que en aquellas fases en que los pacientes se reducían en la alimentación, se sentían bien (véase pág. 277). (1619).

Es fácil de demostrar la existencia de fantasías canibalísticas en los delirios de la melancolía, así como también en casos menos graves de depresión, donde pueden ser observados en los sueños o como significado inconsciente de uno u otro síntoma. Los pacientes depresivos vuelven con frecuencia a actividades eróticoorales de la infancia, tales como, por ejemplo, la succión del pulgar. Además, las personas deprimidas ostentan en su carácter diversos rasgos de índole oral (5, 13, 26, 597) (véanse págs. 545 y sigs.).

Las ideas inconscientes de las personas deprimidas, y a menudo también sus pensamientos conscientes, están llenos de fantasías sobre personas o partes de personas que ellos pueden haberse comido. Para aquellos que carecen de experiencia en el análisis no cabe excederse en destacar hasta qué punto esta incorporación oral es concebida literalmente como un acto de devorar (153).

En un capítulo anterior mencionamos una paciente que no podía comer pescado porque los peces tienen "alma", y representaban por ello al padre de la paciente, que había fallecido cuando ella no había aún cumplido un año de edad. Presentaba síntomas gastrointestinales y creía que le dolía "el diafragma". En estos síntomas rechazaba sus deseos edípicos, que habían tomado la forma de un deseo de comer al padre muerto. Resultó que en el dialecto alemán que ella hablaba la palabra para designar el diafragma es *Zwerchfell*, que se pronuncia como *Zwergfell*. (*Zwerg* significa enano). La paciente imaginaba que un enanito saltarín hacía un alboroto en su vientre. Su *Zwerchfell* era su padre devorado, o más bien, el pene devorado del padre. Los niños, a menudo, demuestran bien a las claras que creen emocionalmente en la posibilidad de comer a una persona o de ser comidos, incluso mucho tiempo después de que esta idea ha sido repudiada intelectualmente (cfr. 177).

La característica oralidad receptiva marcha de la mano con un erotismo receptivo de la piel, es decir, con un anhelo de calor y reaseguramiento.

Una paciente que padecía de una grave ansiedad, se sentía incapaz de ir a la cama, de noche, porque no conseguía el relajamiento necesario y porque inconscientemente consideraba el hecho de no ir a la cama como una manera de obligar al destino a satisfacer sus necesidades. Encontró la manera de lograr un relativo descanso y relajamiento en dos actos que eran actos sustitutivos del amor: (a) beber (b) estar sentada sobre un radiador de la calefacción para disfrutar del calor.

En los fines de la incorporación hallamos también una diferencia entre la analidad que encontramos en las depresiones y la analidad de los

neuróticos obsesivos. La analidad de las personas deprimidas no intenta retener a su objeto. Más bien tiende a incorporarlo, aun si para ello el objeto deberá ser destruido. Abraham demostró que este tipo de analidad corresponde al subtipo más antiguo de la etapa sádicoanal. La regresión a este nivel anal más temprano constituye evidentemente un paso decisivo. Con la pérdida parcial de los objetos que caracteriza a esta etapa, el paciente queda libre de toda contención y su regresión se acentúa hasta llegar a la oralidad y el narcisismo (26).

RESEÑA DE LOS PROBLEMAS QUE ATANEN A LOS MECANISMOS DE LA DEPRESION

Los acontecimientos que precipitan una depresión representan o bien una pérdida de autoestima o una pérdida de suministros que el paciente confiaba que habían de asegurar o acaso elevar su autoestima. Tanto pueden ser experiencias tales que también para una persona normal implicarían una pérdida de autoestima —fracasos, pérdida de prestigio o de dinero, un estado de remordimiento— o bien implican la pérdida de ciertos suministros externos, como ser un desengaño en el amor o la muerte de un partenaire amoroso. O aún puede tratarse de tareas que el paciente debe realizar, y que objetiva o subjetivamente le hacen sentir más claramente su “inferioridad” y sus necesidades narcisísticas. Paradójicamente, incluso ciertas experiencias que para una persona normal significarían un aumento de autoestima, pueden precipitar una depresión si el paciente teme el éxito como una amenaza de castigo o de represalia, o como una imposición de tareas ulteriores que significaría, a su vez, un aumento de la necesidad de suministros.

Los pacientes que reaccionan a los desengaños amorosos con una grave depresión son siempre personas para quienes la experiencia amorosa significó no solamente una gratificación sexual, sino también narcisística. Pierden, con su amor, su existencia misma. Una pérdida semejante les asusta, y son por lo común muy celosos. La intensidad de los celos no corresponde de ningún modo a la intensidad del amor. Las personas más celosas son aquellas que no son capaces de amar pero necesitan tener la sensación de ser amadas. Luego de cada pérdida, tratan de hallar en seguida un sustituto para el partenaire perdido, dándose a la bebida, por ejemplo, o buscando inmediatamente otro partenaire. Esto último puede dar lugar a una intensificación de sus celos, por ejemplo, sobre una base de proyección. El paciente proyecta su anhelo de conseguir otro partenaire y piensa que son sus partenaires los que están buscando un nuevo objeto (véanse págs. 485 y 570 y sigs.).

En la fenomenología de la depresión, hallamos en primer plano una pérdida más o menos grande de autoestima. La fórmula subjetiva es: “Lo he perdido todo; ahora el mundo está vacío”, si la pérdida de autoestima se debe principalmente a una pérdida de suministros externos. Si se debe en primer lugar a una pérdida de suministros internos del superyó, la fórmula es esta otra: “Lo he perdido todo porque no soy merecedor de nada”.

Los pacientes tratan de influir sobre las personas de su contorno para que les devuelvan su pérdida autoestima. A menudo tratan de cautivar a sus objetos en una forma que es peculiar de los caracteres masoquistas, demostrándoles su desdicha y acusándoles de ser los causantes de esa desdicha, y forzando su afecto, incluso a veces por la extorsión, a la manera de la conducta antes mencionada de Federico Guillermo de Prusia (véase pág. 403). Esto se observa más frecuentemente en las depresiones neuróticas que en las psicóticas, porque la actitud de propiciación del neurótico se dirige más hacia los objetos externos.

Esto mismo puede observarse incluso en el caso de simples sentimientos neuróticos de inferioridad o en el caso de “mal humor” (1617), que muy a menudo toman esta forma: “no soy bueno”. Los sentimientos latentes de culpa son corrientes en los neuróticos porque éstos sienten que los “malos” impulsos rechazados siguen actuando desde adentro.

Los sentimientos neuróticos de inferioridad generalmente tienen su raíz en el fracaso del complejo de Edipo. Su significado es: “Habiendo terminado mi sexualidad infantil en un fracaso, me inclino a creer que voy a fracasar siempre” (585). Se hallan también íntimamente vinculados al complejo de castración, de manera tal que al establecer comparaciones entre él y los demás, por ejemplo, el paciente está comparando inconscientemente los genitales. Pero estas circunstancias, por sí solas, no bastan como causa de los sentimientos neuróticos de inferioridad. La verdadera fuente de éstos está en el hecho de pecatarse el paciente del empobrecimiento de su yo a causa de los conflictos neuróticos inconscientes (585). Más de una simple “depresión neurótica” se debe al hecho de que, siendo empleada en conflictos inconscientes la mayor parte de la energía mental disponible, no queda bastante para ser dedicada al disfrute normal de la vida y la vitalidad. Hay todavía otro factor determinante de sentimientos neuróticos de inferioridad que surge del sentimiento latente de culpa, y se debe a la constante efectividad de los impulsos bajo control. Las personas que tienden a desarrollar una depresión tratan de liberarse del sentimiento de culpa induciendo a sus objetos a concederles afecto. Si la manera de influir sobre los objetos se hace más sádica, surgen nuevos sentimientos de culpa, creándose de este modo un círculo vicioso.

Aun en las personas psicóticamente deprimidas se da la propensión a acusar a sus objetos de falta de amor y a actuar sádicamente con los objetos externos. Esto puede verse en ciertas formas de conducta de estos pacientes, que contradicen abiertamente su sentimiento consciente de ser las personas peores del mundo. El paciente deprimido, que en apariencia es tan extremadamente sumiso, logra a menudo, de hecho, dominar a todos los que le rodean. El análisis demuestra que esto es manifestación de un intenso sadismo oral.

En una de las piezas de Nestroy hallamos esta melancólica expresión: “Si yo no consiguiera fastidiar a los demás con mi melancolía, no le hallaría gusto alguno”.

Una vez más tenemos que insistir en que la línea de separación entre las depresiones neuróticas, con sus luchas ambivalentes entre el paciente y los objetos, en torno a los suministros narcisísticos, y las depresiones

psicóticas, en las que el conflicto se ha internalizado, no es muy neta. Los conflictos entre el superyó y el yo existen en todo aquel que tiene necesidades narcisísticas. Y los restos de una esperanza de ayuda externa pueden aún hallarse en casos de graves psicosis depresivas (1383).

Dado que las depresiones comienzan siempre con una intensificación de las necesidades narcisísticas, es decir, con la sensación "nadie me quiere", era de esperar que los pacientes sentirían que todo el mundo los odia. Y en efecto, se producen delirios de esta clase. Sin embargo, la sensación de ser odiado por todos se produce más frecuentemente en casos que representan una transición hacia los delirios de persecución. Los depresivos clásicos tienden más bien a sentir que no son odiados tanto como deberían serlo, que su depravación no es advertida por los demás con bastante claridad. La actitud característica no es tanto la de "todos me odian" como la de "me odio a mí mismo". El paciente depresivo evidentemente no puede quererse a sí mismo más de lo que puede querer a los objetos externos. Es tan ambivalente consigo mismo como lo es hacia los objetos. Pero los dos componentes de la ambivalencia se estratifican de manera diferente. En relación al objeto, los impulsos de amor (o por lo menos, los impulsos de hacerse amar), son más manifiestos, en tanto que el odio se oculta. En relación al propio yo, es el odio el que se hace vocinglero, mientras que la sobreestimación narcisista primaria del yo permanece oculta. Sólo por el análisis se revela que a menudo el paciente depresivo se comporta con mucha arrogancia y se impone a sus objetos.

La hostilidad hacia los objetos frustradores se ha transformado en hostilidad hacia el propio yo. Este odio a sí mismo se presenta bajo la forma de un sentimiento de culpa, es decir, de discordia entre el yo y el superyó. La existencia de la instancia psíquica conocida como superyó fue descubierta por primera vez al estudiarse la depresión (597, 608). La eficacia del superyó se evidencia en forma patente sólo allí donde se las tiene que ver con el yo. Esto, que por cierto es válido para todos los casos de mala conciencia, lo es en grado extremo en las depresiones.

Una reorientación de la hostilidad —previamente dirigida hacia los objetos— hacia el yo, y los conflictos patológicos resultantes dentro de la personalidad, son hallados también en fenómenos que no pertenecen a la esfera de la depresión. En la hipocondría, y en algunos síntomas de conversión pregenital, los conflictos entre el individuo y los objetos externos son trasplantados a la esfera de la personalidad, donde continúan bajo la forma de conflictos entre el yo y el superyó o entre el yo y ciertos órganos. Y ciertos síntomas compulsivos reciben la denominación de manifestaciones de los ataques del yo contra el superyó (véanse págs. 331 y sigs.). La internalización del conflicto primitivamente externo se realiza, en la depresión, de la misma manera que en estos fenómenos: por una introyección, es decir, mediante la fantasía de que el objeto amado ambivalentemente ha sido devorado y existe ahora dentro del propio cuerpo. Esta introyección es, al mismo tiempo, una fantasía sexual del paciente, cuya sexualidad se halla dirigida oralmente.

Es característico de la depresión, especialmente de la depresión psicótica, que los intentos de restablecer el equilibrio narcisístico perdido, por medio de la introyección de los objetos, están destinados al fracaso. A causa de su carácter sádico, la introyección es percibida como un peligro o como culpa, y las luchas antes mantenidas con los objetos externos se prolongan dentro del "estómago", del paciente, con los objetos introyectados. El hecho de que dentro del superyó ya existe otro objeto introyectado, que queda involucrado en esta lucha, complica el cuadro. La persona deprimida, después de la introyección del objeto, no siente una rabia como la que se expresa por "quiero matarlo (yo)", sino esto otro: "merezo que me maten". Es el superyó, por regla general, el que se vuelve contra el yo con la misma rabia con que antes había actuado este yo en su lucha contra el objeto. El yo, a su vez, se comporta con este superyó como antes lo había hecho con el objeto. El resultado es que la lucha del *sujeto vs. objeto introyectado* se complica en dos sentidos: en primer plano aparece la lucha del *superyó vs. yo + objeto introyectado*; pero el yo, en su ambivalencia hacia el superyó, cambia ésta por una lucha del *yo vs. superyó + objeto introyectado* (26, 597).

DUELO Y DEPRESION

Para aclarar esta introyección y sus consecuencias, Freud comparó la depresión con un fenómeno normal que le es afín: el duelo (597). Cuando un niño pierde un objeto, sus tendencias libidinosas, desligadas del objeto, "inundan" al niño y pueden crear pánico. En la "aflicción", el adulto ha aprendido a controlar esta inundación retardando el inevitable proceso de la pérdida. El vínculo con el objeto perdido está representado por centenares de recuerdos separados. La disolución del vínculo se va operando separadamente para cada uno de estos recuerdos, y esto requiere tiempo. Freud llamó a este proceso "trabajo de duelo". La realización de este trabajo es una tarea difícil y desagradable que muchas personas tratan, además, de retardar, aferrándose a la ilusión de que la persona perdida aún vive y postergando con ello el necesario trabajo de duelo. Una aparente falta de emoción en los casos de duelo puede deberse también a una identificación con la persona fallecida.

La ilusión de que la persona perdida sigue viviendo y la identificación con la misma se hallan íntimamente relacionadas. Toda persona en trance de duelo trata de simplificar su tarea mediante la creación de una especie de objeto sustitutivo dentro de sí mismo una vez que el objeto real ha desaparecido. Utiliza para esto el mismo mecanismo que emplea toda persona que ha sufrido un desengaño, inclusive los deprimidos: la regresión del amor a la incorporación, de la relación de objeto a la identificación. Se puede observar a menudo que una persona que está de duelo empieza a parecerse, en un detalle o en otro, a la persona que motiva el duelo. Así, por ejemplo, como en un caso referido por Abraham, su cabello empieza a

ponerse canoso como el de la persona fallecida (26). O desarrolla síntomas cardíacos si la persona falleció de una enfermedad del corazón, o adopta alguna de las peculiaridades del habla o determinados gestos de la persona fallecida. Freud destacó el hecho de que este proceso no se limita al caso de una pérdida por fallecimiento, sino que es válido igualmente para el caso de una pérdida puramente imaginaria. Se refirió al caso de las mujeres que, a continuación de una separación, adoptan rasgos pertenecientes a sus amantes (608). La bulimia (institucionalizada bajo forma de comidas funerales, que traen a la memoria los festivales totémicos de los salvajes) (579, 1640), que inconscientemente representa la idea de comerse a la persona fallecida, y por otro lado, el rechazo de alimentos, que significa el rechazo de esta idea, caen dentro de los límites de la aflicción normal. Todo esto comprueba la existencia de una identificación con la persona fallecida, percibida subjetivamente como una incorporación oral que ocurre en el mismo plano que la identificación psicótica, pero de menor intensidad.

El estudio del folklore en materia de costumbres relacionadas con la muerte y la inhumación, nos ofrece suficiente prueba de la universalidad de la introyección como reacción a la pérdida de un objeto (606, 1640). El atuendo negro en señal de luto es un remanente del duelo primitivo con el uso del cilicio y de cenizas, lo que representa una identificación con la persona fallecida (1642).

Todo esto da fundamento a la formulación de Freud: "Bien puede ser que la identificación sea la condición general bajo la cual el ello habrá de abandonar sus objetos" (608). Muchas personas que perdieron en su temprana infancia a uno de los progenitores, presentan señales de fijación oral y tienden a establecer, junto con sus relaciones de objeto propiamente dichas, extensas identificaciones, es decir, tienden a incorporar a sus objetos.

Para una persona normal es más fácil, aparentemente, aflojar los lazos que la unen a un objeto introyectado que aquellos que la atan a un objeto externo. El realizar una introyección es un medio de facilitar el desligamiento final. El duelo se compone de dos actos: el primero consiste en llevar a cabo una introyección, el segundo en poner fin a la "ligazón" con el objeto introyectado.

El duelo resulta más complicado y aun se convierte en patológico cuando la relación de la persona con el objeto perdido ha sido extremadamente ambivalente. En este caso la introyección adquiere un significado sádico. La incorporación representa entonces no sólo un intento de conservar el objeto amado, sino también un intento de destruir el objeto odiado. Cuando un significado hostil de este género se halla en primer plano, la introyección creará nuevos sentimientos de culpa.

Todo caso de muerte tiene probabilidades de movilizar la ambivalencia. El fallecimiento de una persona a quien previamente se le había deseado la muerte puede ser sentido como la realización de ese deseo. La muerte de los demás, en general, puede producir sentimientos de alegría por el hecho de haberle acaecido a otro, no a uno mismo. Las personas de orientación narcisista, colocadas en el doloroso trance del duelo, tienden incons-

cientemente, a reprochar a los amigos fallecidos el haberles conducido a ese penoso estado. Estas reacciones, a su vez, crean sentimientos de culpa y remordimiento. Aun en los rituales normales de duelo, en realidad, nunca faltan síntomas de remordimiento.

Los mendigos, así como ciertas empresas comerciales deshonestas, se hallan bien compenetrados de la propensión al remordimiento que caracteriza a las personas en estado de duelo y conocen la manera de sacar ventajas de ella.

La identificación con el muerto tiene también un significado de castigo: "Porque quisiste que muriera la otra persona, tendrás que morir tú". En este caso, el que está de duelo teme que, por haber causado la muerte mediante la "omnipotencia" de su deseo de muerte, la persona fallecida puede buscar la manera de vengarse y regresar para matarlo a él, que ha quedado vivo. Este temor al muerto intensifica, a su vez, la ambivalencia. El que está de duelo trata de pacificar al muerto (*de mortuis nil nisi bonum*), y al mismo tiempo, de matarlo de nuevo y en forma más efectiva. Los piadosos rituales consistentes en montar guardia junto al féretro, echar arena dentro de las tumbas y erigir monumentos de piedra, pueden ser retrotraídos a las medidas arcaicas destinadas a impedir el retorno del muerto (591, 1640). En cuanto a la aflicción, es, en general, una forma "amansada" de la violenta descarga de afecto primitiva, caracterizada por el temor y la autodestrucción, que puede verse en el duelo de los salvajes (véase pág. 190). Esta clase de explosiones son tanto más fuertes cuanto más ambivalente ha sido la actitud hacia el objeto perdido. Nuestro "luto", que se extiende a cierto período de tiempo, nos defiende de vernos abrumados por este primitivo afecto (332).

Puede establecerse, en resumen, que el duelo se caracteriza por una introyección ambivalente del objeto perdido, la persistencia, en relación con los objetos introyectados, de sentimientos que alguna vez fueron dirigidos al objeto y la participación de sentimientos de culpa a lo largo del proceso.

Mecanismos similares a éstos pueden estar actuando en otros tipos de tristeza. El estado afectivo de la tristeza se caracteriza por una disminución de la autoestima. Una persona ligeramente triste tiene necesidad de consuelo, lástima, "suministros". Una persona muy triste se retira de los objetos y se hace narcisista al incorporar el objeto que no satisface. Y la lucha por el restablecimiento de la autoestima continúa después de la introyección, en el plano intrapsíquico.

En ciertas circunstancias la necesidad narcisística y los conflictos que giran alrededor de la introyección, en una persona que está de duelo o está triste, serán más intensos de lo usual. Éste será el caso si: (a) el objeto perdido no ha sido amado en un nivel maduro, sino utilizado como un proveedor de suministros narcisísticos; (b) si la previa relación con el objeto ha sido ambivalente; (c) si la persona tenía una fijación oral y tuvo vehementes deseos inconscientes (sexualizados) de "comer".

Los tipos más arriba descritos como predispuestos al desarrollo de una depresión reúnen las tres características citadas: una necesidad narcisística aumentada, una ambivalencia aumentada y una oralidad aumentada. Cuando una persona como ésta pierde un objeto, odia al objeto por haberla abandonado, trata de obligarlo, mediante violentos recursos mágicos, a compensarle su pérdida, prosigue con tales intentos luego de introyectar en forma ambivalente el objeto, y en sus esfuerzos por disminuir sus sentimientos de culpa, en realidad los intensifica. La continuación de esta lucha con el objeto introyectado, caracterizada por una elevada catexis, constituye la depresión. La depresión es un intento desesperado de obligar a un objeto incorporado oralmente a conceder perdón, protección, amor y seguridad. Los elementos destructivos liberados por esta coerción crean ulteriores sentimientos de culpa y temores de represalia. El deprimido se halla en una situación insostenible, dado que teme que la concesión de estos suministros, que necesita de una manera tan desesperada, pueda significar al mismo tiempo la venganza del objeto, o del objeto introyectado.

La ambivalencia puede integrar también el cuadro del duelo en ciertos casos que no son los de la depresión, como, por ejemplo, en los autorreproches obsesivos que aparecen a continuación de un fallecimiento. La profundidad de la regresión, tanto como su carácter definitivo y cabal —que se prolonga más allá de la última fase anal, en la oralidad y el narcisismo—, tiene carácter patognomónico para la depresión (26, 608).

LA INTROYECCION PATOGNOMONICA

Hemos dicho que la depresión es una pérdida de autoestima, ya sea un derrumbe total de toda forma de autoestima o una pérdida parcial, destinada a servir de advertencia sobre la posibilidad de una pérdida total. Esta formulación debe ser complementada con la afirmación de que la persona deprimida trata de anular dicha pérdida, pero de hecho la agrava con una introyección patognomónica del objeto ambivalentemente amado. Esto proporciona la clave del fracaso de la señal de alarma de la conciencia y de los sentimientos de total aniquilamiento, que derivan de esta situación. La introyección sádico-oral del objeto, cuyo amor es deseado como suministro narcisístico, es el fósforo que hace explotar la pólvora de la necesidad narcisística bloqueada.

La introyección, entonces, no es tan sólo un intento de anular la pérdida de un objeto. Constituye al mismo tiempo un intento de lograr la *unio mystica* con una omnipotente persona externa, de transformarse en el “compañero” —es decir, camarada en el alimento— de la persona perdida, al transformarse en sustancia de éste y hacer que él se transforme en sustancia de uno mismo (véanse págs. 36 y sigs. y pág. 82). Pero la ambivalencia confiere a esta introyección un significado hostil. El deseo de obligar al objeto a consentir en la unión termina por desembocar en el castigo, a causa de la violencia de este mismo deseo. Después de la introyección, la

lucha por el perdón continúa sobre una base narcisista, en forma tal que el superyó lucha ahora con el yo.

El deprimido se queja de haber perdido toda valía y actúa como si hubiera perdido su yo. Objetivamente, ha perdido un objeto. De este modo, el yo es equiparado, en cierta manera, al objeto. El sadismo que en otro tiempo se refería al objeto, ahora es dirigido contra el yo.

Esta vuelta contra el yo fue descubierta por Freud al efectuar el análisis de los autorreproches de pacientes deprimidos (597). Afirmaciones que implicaban autorreproches que a primera vista carecían de todo sentido, demostraban tener un sentido si el nombre del objeto odiado era reemplazado por “yo”. Originariamente los autorreproches habían sido reproches contra el objeto. De este modo, la introyección que se halla en la base de la depresión es realmente lo opuesto al mecanismo defensivo de la proyección: las características malas de un objeto, de las que uno no se atreve a darse por enterado por temor al odio que podrían despertar, uno las percibe, en cambio, en el propio yo. El deprimido dice “soy malo porque soy un mentiroso”, siendo que quiere decir “estoy enojado con X porque me ha mentado”; o bien dice “soy malo, porque soy un asesino” cuando quiere decir “estoy enojado con X; me ha tratado mal, como si quisiera matarme”.

Algunos autorreproches, en los deprimidos, impresionan, sin embargo, como si fueran más o menos correctos objetivamente, más que como delirios. Tal como los paranoicos, los deprimidos son muy sensibles a aquellas partes de la realidad que se adaptan a sus necesidades mentales, y reaccionan a ellas en forma exagerada.

En virtud de la introyección, una parte del yo del paciente se ha convertido en el objeto. “La sombra del objeto —al decir de Freud— ha caído sobre el yo” (597). Esta identificación, en contraposición a la identificación histérica, debe ser llamada identificación narcisista, porque el objeto, aquí, está íntegramente reemplazado por una modificación del yo (408). “Regresión de la relación de objeto a la identificación”, “regresión al narcisismo” y “regresión a la oralidad” significan una y la misma cosa contemplada desde diferentes puntos de vista.

Se recordará que Helene Deutsch refirió un caso similar de identificación con un objeto odiado en la psicogénesis de una agorafobia (325, 327). Surge la cuestión, entonces, acerca de la manera en que la identificación en la depresión difiere de la que ha sido hallada en la agorafobia. La respuesta no es difícil. En la agorafobia la regresión a la etapa oral es relativamente menor. “Esta diferencia reside en que, en la agorafobia, la identificación se produce en una etapa más avanzada del desarrollo libidinoso y es, por consiguiente, transitoria y corregible” (327).

EL CONFLICTO ENTRE EL SUPERYO Y EL YO

Después de la introyección, el sadismo se pone de parte del superyó y ataca al yo, que ha sido modificado por la introyección. No es rabia lo

que se siente, sino sentimiento de culpa. El sadismo del superyó, en la depresión, es mayor que el sadismo del superyó que hallamos en los neuróticos obsesivos, tanto como la ambivalencia del deprimido excede a la del neurótico obsesivo. El superyó trata al yo de la misma manera que el paciente, inconscientemente, había querido tratar al objeto que ha perdido.

Pero todavía hay más complicaciones. Hemos dicho ya que en la melancolía la lucha no siempre toma la forma *superyó vs. yo + objeto introyectado*, sino también, a veces, la forma *yo vs. superyó + objeto introyectado*, es decir, que el objeto recientemente introyectado puede también unirse al superyó.

Freud explicó los autorreproches depresivos como acusaciones dirigidas contra el objeto introyectado (597). Abraham agregó que a menudo las quejas parecen venir, por el contrario, del objeto introyectado, en forma de acusaciones que el objeto real ha hecho efectivamente contra el paciente (26). Este hecho de ponerse el objeto introyectado de parte del superyó se halla en consonancia con la idea básica de Freud de que también el superyó se origina en una introyección de objetos.

Abraham refirió un caso en que fueron introducidos dos objetos, uno en el superyó y otro en el yo. Los autorreproches del paciente correspondían a quejas de una madre introyectada acerca de un padre introyectado (26).

En las depresiones melancólicas no es raro el caso de ideas delirantes de ser envenenado, que se origina en la sensación de ser destruido por una fuerza introyectada oralmente. Weiss demostró que este delirio refleja una introyección del objeto dentro del superyó (1566).

Esta interpretación no se halla necesariamente en pugna con la interpretación que se hace de esta misma idea, en un plano más superficial, como una fantasía de ser embarazado. El peligroso objeto introyectado, sentido como veneno, puede tener diferentes significados en diferentes planos. Puede representar niño y pene, tanto como pecho y leche. La sensación de ser envenenado tiene su pizca de verdad psicológica. El paciente ha introyectado un objeto que ahora lo perturba desde adentro. De este modo, los delirios hipocondríacos, de largo alcance, de la melancolía grave, representan un reconocimiento deformado del proceso de introyección. El temor de ser devorado por algo que está dentro del propio cuerpo representa un temor de represalia por la introyección sádica. Este "algo" puede racionalizarse como un virus patógeno, lo cual constituye un puente de transición hacia la fobia —más común— a la infección. Y es esta idea de ser comido por un objeto introyectado lo que hace que tantos neuróticos teman la misteriosa enfermedad del cáncer (948, 1566).

En la melancolía pareciera que el peso mayor de la personalidad ha sido trasladado del yo al superyó. La conciencia del paciente representa su personalidad total. El yo modificado por la introyección es simplemente el objeto de esta conciencia y se halla enteramente sojuzgado por ella.

Freud ha descrito una situación similar en un estado de ánimo que es precisamente lo opuesto a la depresión: el humor (620). También el estado de ánimo

del humor es alcanzado mediante el desplazamiento del centro de gravedad de la personalidad, del yo al superyó. La diferencia está en que, mientras en el humor el superyó, objeto de una sobrecatexis, es el amistoso y protector ideal positivo del yo, en la depresión el superyó constituye la conciencia negativa, hostil, punitiva.

El superyó tiene un aspecto doble. Representa un poder protector y punitivo. En circunstancias normales prevalece el primer aspecto y sólo algunos castigos ocasionales son aceptados, con propósitos de conciliación. En la depresión, el primer aspecto del superyó ha sido abolido por la regresión. El yo, sin embargo, no cesa en sus intentos de reconciliación. En su conjunto, el proceso depresivo tiene la apariencia de un intento de reparación destinado a restaurar la autoestima, que ha sido lesionada. La interrupción de suministros narcisísticos ha perturbado todo el mecanismo psíquico. En el proceso de la depresión, el objeto al que se supone causante de esta perturbación es castigado y destruido precisamente por esto último. Pero el objeto, en virtud de la introyección, se ha tornado en parte del paciente mismo. En su intento de destruir el objeto malo, el yo depresivo padece el destino de Dorian Gray, que para destruir su retrato tuvo que morir.

El yo, perseguido a este extremo por el superyó, no tiene otros recursos a su disposición que aquellos de que dispone el yo del neurótico obsesivo en su propia pugna con el superyó: reacciona con sumisión y al mismo tiempo con intentos de rebelión. Lo segundo, empero, no puede tener éxito a causa del poder que el superyó sádico ha adquirido. En las depresiones, el yo es manifiestamente más desvalido y cede más a los ataques del superyó. Los intentos rebeldes sólo tienen lugar en una forma más oculta.

Al tratar de la sumisión en el neurótico obsesivo, hemos dicho que el yo, al ceder a su destino, trata de congraciarse con el superyó, en la esperanza de alcanzar el perdón. Opta por la sumisión, e incluso por el castigo, como "mal menor", y además puede, en ciertas circunstancias, hallar incluso un placer masoquista en estas penalidades (véanse págs. 333, 410 y 559 y sigs.). Otro tanto intenta hacer el yo del deprimido. Pero el sadismo del superyó condena al fracaso toda esperanza de perdón y hace aumentar el sufrimiento más allá de toda posibilidad de goce.

El autorreproche en la depresión (desde el punto de vista del superyó que hace el reproche) no es solamente un intento de atacar el objeto introyectado. Representa, además de esto (desde el punto de vista del yo que sufre el reproche), un modo de hacerle la corte al superyó y un requerimiento de perdón destinados a convencer al superyó hasta qué punto sus acusaciones han sido tomadas a pecho. El yo no hace más que repetir, con esta actitud, lo que había hecho al ser creado el superyó. Durante la estructuración del superyó, el varoncito decía a su padre: "No tienes que enojarte conmigo; yo mismo me ocuparé de esto". Con la formación del superyó, el niño introyecta la irritada conducta del padre, con lo que elimina la necesidad del enojo externo del padre y conserva al padre "bueno" como persona real. Análogamente, el melancólico le dice a su superyó (y el paciente neuróticamente deprimido, a su objeto): "Mira, soy un niño bueno, que

acepta todos los castigos; ahora tienes que amarme nuevamente". Pero el melancólico fracasa en este intento. El desordenado sadismo inherente a la orientación instintiva oral y reactivado por la regresión, ha sido cedido al superyó, y toda aquella furia con que el yo quiso inconscientemente atacar al objeto, se desencadena ahora contra el yo (1238).

S U I C I D I O

En la fuerte tendencia al suicidio, del deprimido, se refleja la intensidad de esta lucha. Al tratar de aplacar al superyó mediante la sumisión, el yo ha errado el cálculo. El perdón que busca no puede ser logrado, porque aquella parte de la personalidad a la que está cortejando, se ha tornado, por la regresión, desordenadamente cruel y ha perdido la capacidad de perdonar.

El suicidio del depresivo es, si se lo examina desde el punto de vista del superyó, una vuelta del sadismo contra la propia persona, y la tesis de que nadie se quita la vida sin haber intentado antes matar a otro, es comprobada por el suicidio de los depresivos. Desde el punto de vista del yo, el suicidio es, ante todo, una expresión del hecho de que la terrible tensión producida por el superyó se ha hecho insostenible. A menudo parece expresarse el pensamiento pasivo de renunciar a toda lucha activa. La pérdida de la autoestima es tan completa que se abandona toda esperanza de recuperarla. "El yo se ve desamparado por su superyó, y se deja morir" (608). Tener el deseo de vivir significa, evidentemente, poseer cierta dosis de autoestima, sentirse apoyado por las fuerzas protectoras del superyó. Cuando esta sensación se desvanece, reaparece la primitiva "aniquilación" del bebé hambriento que se siente desamparado.

Hay otros actos suicidas que tienen un carácter mucho más activo, afirmándose como intentos desesperados de imponer a toda costa la cesación de la presión del superyó. Representan los actos más extremos de sumisión congraciatoria al castigo y a la crueldad del superyó. Al mismo tiempo, representan también los actos más extremos de rebelión, vale decir, el asesinato: el asesinato de los objetos originales con cuya incorporación fue creado el superyó; asesinato, por cierto, a la manera de Dorian Gray, que mató su propia imagen. Esta mezcla de sumisión y rebelión constituye el punto culminante en la acusadora ostentación de desdicha, destinada a forzar el perdón; "Mira lo que me has hecho; ahora tienes que ser nuevamente bueno".

Los niños "neuróticamente" deprimidos tienen, a menudo, fantasías de suicidio, cuyo carácter de extorsión para obtener cariño, es evidente: "Cuando yo me muera mis padres se arrepentirán de lo que me han hecho y me amarán de nuevo" (95, 135, 573, 639, 1587). Cuando los pacientes melancólicos tratan de extorsionar en forma parecida a su superyó, no les va tan bien como al niño, ya que éste está cortejando a padres reales, capaces de perdón y de amor.

Esto significa que el suicidio se lleva a cabo porque las esperanzas e ilusiones de una tranquilizadora gratificación se hallan vinculadas a la idea de suicidio. Los análisis de tentativas de suicidio demuestran realmente a menudo que se ha establecido una vinculación entre la idea de estar muerto o de morir y ciertas fantasías placenteras y hinchadas de esperanza.

Esta clase de esperanzas se encuentran más en primer plano en los casos de suicidio que no son del tipo melancólico y en los cuales la introyección y las luchas entre el superyó y el yo no desempeñan ningún papel (277, 1063, 1219, 1556). A menudo lo que se busca en las tentativas de suicidio no es la "destrucción del yo" sino ciertos fines libidinosos que, por desplazamiento, han quedado vinculados a ideas que objetivamente acarrearán la autodestrucción, aun cuando no fue ésta su intención (764). Estas ideas pueden ser la esperanza de reunirse con una persona fallecida, una identificación libidinosa con un muerto (1632, 1633), el anhelo oceánico de unión con la madre (641, 664), o incluso simplemente el orgasmo mismo (1280), cuyo logro, merced a ciertos acontecimientos del pasado, puede haber llegado a tener su representación en la idea de morir. Las fantasías específicas vinculadas a la idea de morir (206, 207, 284, 699, 1153, 1330, 1631) pueden ser conjeturadas a menudo por el método con que se ha intentado o planeado el suicidio (1540).

En la melancolía, las ilusiones, llenas de esperanzas, vinculadas a la idea de suicidio, se relacionan con el perdón y la reconciliación, que han de ser forzados mediante la máxima sumisión y rebelión simultáneas, la muerte del superyó castigador, y el restablecimiento de la unión con el superyó protector, unión que pone fin a todas las pérdidas de autoestima con la restauración del primitivo paraíso de la omnipotencia oceánica (1238).

Los actos de autodestrucción llevados a cabo durante los estados melancólicos, como expresión de ciertas ideas delirantes o sin ninguna racionalización, han sido designados con el nombre de "suicidios parciales" (204, 1124, 1131). Esta designación es absolutamente correcta, por cuanto los mecanismos inconscientes subyacentes son iguales a los del suicidio.

Algunas veces, por razones que se desconocen, las esperanzas del yo parecen no haber sido del todo vanas. Un simple cambio de catexis libra al yo de las terribles fuerzas que operan dentro de él. Las esperanzas que son ilusorias en el caso del suicidio, tienen efectiva realización, hasta cierto punto, en la manía. El superyó malo es destruido, y el yo parece unido, en amor narcisista, a un superyó protector y purificado. Hay aún otros casos, en que la depresión cesa sin manía, del mismo modo en que un duelo normal llega a su término después de cierto tiempo. Los factores que determinan si el resultado ha de ser, y cuándo ha de ser, un suicidio, un ataque maniaco o la recuperación de la salud, factores que indudablemente son de naturaleza cuantitativa, son todavía desconocidos.

LA REGRESION DECISIVA Y SUS CAUSAS

La diferencia entre una depresión neurótica y una depresión psicótica, ya lo dijimos, es determinada por el grado de profundidad de la regresión narcisista. "Regresión narcisista" quiere decir que las relaciones de objeto son reemplazadas por relaciones dentro de la personalidad. El paciente, al regresar a una fase en que aún no existían objetos, pierde sus relaciones objetales. Los deprimidos se dan cuenta de este hecho de retirar las catexis del objeto, por la penosa sensación de que el mundo, y ellos mismos, están "vacíos". Sin embargo, esta retirada de las catexis de objeto no tiene que ser necesariamente total. Salvo en los casos de melancolía grave, siempre se observan restos de objetos, así como intentos, acompañados de más o menos éxito, de recuperar el mundo objetal perdido (743).

La existencia del yo comienza cuando comienza a percatarse de los objetos. Al instaurarse los objetos, se ha instaurado simultáneamente el yo. En una psicosis, la idea de objetos, y con ello la estructura del yo, se halla perturbada por la regresión a una época anterior a la instauración del yo. La psicosis hace revivir los factores que caracterizaron el yo arcaico durante el proceso de su nacimiento. Lo que "se repite", sin embargo, no es idéntico a lo original. En todas las psicosis hay elementos que no constituyen la repetición de factores infantiles, sino que son restos de la personalidad adulta psicótica.

¿De qué depende que se produzca o no una regresión narcisista fatal?

La primera posibilidad es que lo decisivo sea algún factor orgánico desconocido, que sea decisivo para el caso. Muchos psiquiatras, en efecto, creen que las psicosis maniaco-depresivas no pueden ser cabalmente entendidas en términos psíquicos. Este punto de vista ha sido defendido con más tenacidad, incluso con referencia a las psicosis maniaco-depresivas que a la esquizofrenia. La investigación somática poco ha revelado, empero, en cuanto a hallazgos positivos, tanto en lo que se refiere a un grupo como al otro.

Hay tres consideraciones que sugieren la intervención de factores somáticos.

1. La estricta periodicidad que frecuentemente caracteriza la alternancia de los estados de ánimo. Esta periodicidad parece ser independiente de todo acontecimiento externo e indicar la intervención de algún factor biológico.

2. Aun en los casos en que el ciclo no se ajusta a una marcada periodicidad, la espontaneidad de la alternancia de los estados de ánimo, que a menudo se produce sin la intervención aparente de ningún factor precipitante externo, habla contra la tesis de que se trate de un proceso puramente psicógeno.

3. En ninguna otra neurosis existe una evidencia tan clara de la herencia, ya que el mismo tipo de trastorno se repite en generaciones sucesivas.

Ninguno de estos argumentos, sin embargo, es demasiado decisivo. La periodicidad, es cierto, tiene la apariencia de fenómeno endógeno, pero aquello que aparece periódicamente bien podría ser entendido en términos psicológicos. La ausencia aparente de causas precipitantes en lo que se refiere a la oscilación de los estados de ánimo no tiene por qué impresionar demasiado a los analistas, ya que este argumento no toma en cuenta la existencia del inconsciente. De acuerdo a que existan o no causas precipitantes demostrables, se han distinguido las llamadas depresiones endógenas de las depresiones reactivas. ¿Pero cómo podrá tenerse en pie este tipo de diferenciación si se lo aplica, por ejemplo, a los raptos histéricos? Algunos de éstos parecen ser inducidos por acontecimientos precipitantes inmediatos, pero otros surgen espontáneamente y sin ninguna razón externa aparente. Sin embargo, nadie hace la distinción entre accesos histéricos "endógenos" y "reactivos". Se supone, en cambio, que los ataques aparentemente espontáneos tienen una causa precipitante inconsciente que ha escapado a la atención del observador. Lo mismo es válido para las depresiones. En otros trastornos neuróticos, la desproporción entre una provocación leve y una reacción intensa tampoco es atribuida a un factor orgánico, inaccesible al estudio psicológico, sino que es entendida como el efecto de un desplazamiento. Debe tenerse en cuenta, además, que no tiene nada de cierto que los casos reactivos (aquellos en que resultan patentes los factores precipitantes) sean los leves y los endógenos sean los graves. A menudo una depresión grave, y claramente psicótica, sigue a la muerte de un consorte, así como sucede que depresiones decididamente no psicóticas, o incluso simples estados malos de ánimo, se producen a menudo espontáneamente, sin que el paciente ni el observador puedan atribuirle ninguna causa precipitante. Según Freud, hay una serie complementaria de causas precipitantes externas y causas predisponentes de carácter inconsciente (596). Esto es válido también para el grupo maniaco-depresivo. Una persona predispuesta a la enfermedad por una fijación oral y una temprana fijación del yo, puede enfermarse a causa de circunstancias precipitantes leves, que no son fáciles de observar, y en cambio, aun una persona con una predisposición relativamente reducida, puede enfermarse cuando inciden en el caso circunstancias graves y evidentes.

Tampoco la herencia, aunque más ostensible que en otras neurosis o psicosis, es motivo suficiente para separar los trastornos maniaco-depresivos de otras perturbaciones mentales, donde la existencia de aquella no fue considerada un inconveniente para estudiarlas desde el punto de vista psicológico. La constitución y los hechos de la experiencia personal, como factores etiológicos, forman, una vez más, una serie complementaria. Los trastornos maniaco-depresivos no autorizan, por cierto, a introducir un cambio en este punto de vista. La influencia constitucional orgánica, indudablemente presente, no tiene por qué ser el único factor determinante. Parece probable, de acuerdo con los estudios psicoanalíticos, que esta constitución consiste en un relativo predominio del erotismo oral, así como en la neurosis obsesiva consiste en un erotismo anal incrementado.

¿Qué clase de experiencias personales favorecen incidentalmente el desarrollo ulterior de una depresión?

Al ocuparnos de la etiología diferencial de la neurosis obsesiva diremos que los pacientes que tienden a reaccionar a los conflictos con una regresión anal, y por consiguiente, con una neurosis obsesiva, son aquellos que siendo niños usaron, bajo la influencia de fijaciones anales, el mismo tipo de defensa (véase pág. 346). Esto es válido también para la regresión oral y la depresión. No hay depresión que no represente la repetición de una primera reacción decisiva a dificultades de la infancia, que son la reacción que suministra el patrón para el trastorno ulterior. Los deprimidos conducen su lucha por mantener la autoestima de una manera similar a como lo hacían cuando niños, bajo la influencia de fijaciones orales. Abraham ha demostrado que, invariablemente, las personas que tienden a hacer una depresión, han sufrido en su infancia frustraciones a las que han reaccionado mediante un mecanismo similar. Estas frustraciones implicaban graves heridas a sus necesidades narcisísticas, y en concordancia con la fijación pregenital, tuvieron lugar en una época muy temprana. De esta manera Abraham pudo establecer, como un prerrequisito etiológico de una ulterior depresión psicótica, "una grave herida inferida al narcisismo infantil por una combinación de desengaños de amor; la aparición del primer gran desengaño de amor antes de producirse el sojuzgamiento exitoso de los deseos edípicos; la repetición del desengaño primitivo, en un momento ulterior de la vida, es el hecho que precipita la enfermedad." (26.) Las depresiones ulteriores continúan por el sendero que ha dejado expedito la "depresión primaria" infantil, por la que ha quedado fijada la funesta tendencia a reaccionar de una manera análoga a los desengaños futuros.

Una paciente que presentaba una perversión sexual del tipo de extrema sumisión, cuya vida era una constante lucha por suministros narcisísticos y cuya conducta era frecuentemente de carácter impulsivo, tal como la de un "adicto", elaboraba, al parecer, esta conducta neurótica para escapar a las depresiones. Estos intentos fueron coronados por el éxito, y la paciente no sufrió, en su vida adulta, depresiones de carácter grave. Un día tuvo una pesadilla, cuyo contenido no pudo recordar; solamente fue capaz de describir los sentimientos que experimentó durante el sueño. Eran horribles; los describió usando exactamente las mismas palabras que acostumbran usar los melancólicos para describir las sensaciones más graves registradas en sus depresiones. En su sueño, el mundo había perdido para ella todo su valor. Se sentía enteramente vaciada, sin vinculación con persona alguna y completamente aniquilada. Al mismo tiempo sentía como si hubiera cometido los pecados más terribles. Lloró durante el sueño y aun después de despertar.

El fenómeno de una "psicosis en un sueño", en una persona que no padece de tal trastorno durante la vigilia, pareció extraño. En el análisis de este sueño se descubrió, sin embargo, que en realidad no era tan extraño. Lo que ocurrió en este sueño era algo que en los sueños se produce con frecuencia: recuerdos olvidados que se hacen manifiestos. La depresión ocurrida en el sueño era la repetición de una "depresión primaria" que la paciente había experimentado entre los tres y los cuatro años de edad, al nacer un hermanito. Esta depresión primaria había sido olvidada, y la neurosis de la paciente sirvió para evitar una repetición de esa terrible experiencia de la infancia.

El contenido de las "heridas infligidas al narcisismo infantil", que precipitan la depresión primaria, es variable. Pueden ser extraordinarias experiencias de abandono y soledad, así como puede tratarse, en individuos especialmente predispuestos, de los desengaños habituales e inevitables, tales como el nacimiento de hermanitos, ciertas humillaciones de poca monta, envidia del pene, o las frustraciones relacionadas con los anhelos edípicos.

Abraham llamó "preedípicas" a estas heridas causantes de depresión primaria, para indicar que las frustraciones sólo tienen efecto cuando son sentidas como una "pérdida de suministros narcisísticos esenciales". Habitualmente el niño que se siente desposeído de este modo se vuelve hacia otra persona que pueda darle lo que el primer objeto le ha negado, es decir, pasa de la madre al padre o viceversa. Lo peor para el niño es que se presente una "combinación de desengaños de amor" (26). El complejo de Edipo que se observa en los que más tarde serán maniaco-depresivos, es, por ese motivo, un complejo "completo", es decir, bisexual: cada uno de sus dos componentes ha desembocado en una herida narcisística (844).

Ahora estamos finalmente en disposición de comprender cuáles son las condiciones que realmente contribuyen a crear la predisposición a ulteriores depresiones. Es necesario que las heridas narcisísticas decisivas hayan tomado la forma de graves desengaños con los padres, y en una época en que la autoestima del niño se hallaba regulada por su "participación en la omnipotencia de los padres". En esta época, un destronamiento de los padres significa necesariamente un destronamiento del propio yo del niño. Lo que ocurre, probablemente, no es sólo el hecho de que a continuación de tales desengaños el niño exige, a lo largo de su vida, suministros narcisísticos externos compensadores, con lo que perturba el desarrollo de su superyó. Al mismo tiempo trata de compensar las deficiencias de sus padres mediante el desarrollo de un superyó especialmente "omnipotente", es decir, estricto y rígido, y más tarde tiene necesidad de suministros narcisísticos externos para sobrepujar las insoportables exigencias de este superyó cualitativamente diferente.

Que en última instancia es el "sentimiento oceánico" (622) de unión con una madre "omnipotente" lo que constituye el anhelo de las personas deprimidas, se pone de manifiesto en aquellas formas de depresión que se llaman nostalgia (1170, 1488).

Un niño de cuatro o cinco años que pasa por una "depresión primaria", una persona adulta que sufre de nostalgia, o finalmente, toda persona expuesta por mucho tiempo a graves privaciones o frustraciones, todos ellos se hallan psicológicamente, una vez más, en la situación del bebé hambriento —en un sentido narcisístico— que carece de los necesarios cuidados externos.

Una conducta impulsiva o una adicción a las drogas pueden servir como medios para dominar la depresión, ya que ambos trastornos representan maneras diferentes de alcanzar el mismo fin: la provisión de los suministros narcisísticos necesitados. Puesto que una depresión es un estado que se produce cuando faltan tales suministros, las adicciones y las neurosis impulsivas,

en la medida en que logran, como quiera que sea, su propio fin, son medios adecuados para evitar una depresión.

Ahora podemos dejar establecido que la disposición para el desarrollo de las depresiones consiste en fijaciones orales que determinan la reacción a los shocks narcisísticos. Las experiencias que a su vez determinan las fijaciones orales pueden ocurrir mucho antes que los shocks narcisísticos decisivos, o bien la herida narcisística crea una disposición depresiva al producirse en época suficientemente temprana como para incidir aún sobre un yo orientado oralmente. Puede ocurrir también que ciertos shocks narcisísticos, por estar vinculados a la muerte (y la reacción a la muerte es siempre una introyección oral de la persona fallecida), sean los causantes de la fijación oral decisiva.

En cuanto a los factores a que pueden deberse, en primer término, las fijaciones orales, puede decirse lo mismo que en el caso de toda otra fijación. Las causas determinantes son: satisfacciones o frustraciones extraordinarias, o ambas cosas a la vez, especialmente las combinaciones de una satisfacción oral con una tranquilizadora garantía de seguridad. Las experiencias realmente traumáticas durante el período de la lactancia son halladas con más frecuencia en los que luego serán maniaco-depresivos que en los futuros esquizofrénicos.

Además de la fijación pregenital, Freud destacó particularmente la importancia de una orientación narcisista como prerrequisito etiológico de las depresiones (597). Sin semejante orientación, la regresión del amor objeto a la identificación no se produciría con tanta intensidad. Antes de la aparición de la enfermedad, el narcisismo puede revelarse en el tipo de elección de objeto (585) y en el carácter receptivo y ambivalente del amor del paciente.

En clínica psiquiátrica, las melancolías involutivas son distinguidas de los verdaderos trastornos maniaco-depresivos. Desde el punto de vista psicoanalítico, no es mucho lo que se sabe acerca de la estructura y los mecanismos de las melancolías involutivas. Se producen, al parecer, en personas de carácter francamente compulsivo y de naturaleza particularmente rígida (18, 938). En el climaterio fallan los sistemas de defensa compulsiva, y en este caso, la regresión oral decisiva parece deberse a alteraciones físicas en la economía de la libido.

La ciclotimia y los cambios de humor representan estados de transición entre la enfermedad maniaco-depresiva y la normalidad. La existencia de estos estados intermedios demuestra que el estado maniaco-depresivo no es más que la exageración mórbida de algo universalmente presente, que es la continua lucha por el mantenimiento de la autoestima. Existen diversos problemas de la psicología normal —así, por ejemplo, el aumento y la disminución en la autoestima (cosa que recibe a veces el nombre de instinto de autoafirmación), las fluctuaciones del estado de ánimo y el humor, la tristeza y la alegría, la naturaleza de la aflicción— todos los cuales hallan su contraparte entre las manifestaciones que se observan en el terreno maniaco-depresivo. Todos estos fenómenos normales difieren de los fenóme-

nos maniaco-depresivos, en primer lugar por las cantidades relativamente pequeñas de energía empleadas en cada caso, y en segundo lugar por la ausencia de la regresión narcisista.

En circunstancias sociales difíciles y en épocas de inestabilidad, aumenta el número de depresiones y suicidios depresivos. Este hecho ha sido utilizado a menudo como una objeción a la teoría psicoanalítica de la depresión, en contraste con otra objeción frecuente, la que se basa en la herencia. ¿No será la depresión simplemente “una manera humana de reaccionar a las frustraciones y la desdicha?” Pero la relación es más complicada. Bastará con afirmar que una sociedad que no puede proporcionar a sus miembros las satisfacciones necesarias forzosamente creará un vasto número de personas con carácter dependiente oralmente. Las épocas inestables y las crisis económicas, al privar a la gente de sus satisfacciones, al mismo tiempo que las priva de su poder, su prestigio y todos sus medios habituales de regulación de la autoestima, promueven un aumento de sus necesidades narcisistas y de su dependencia oral. Por otro lado, las personas que, a consecuencia de determinadas experiencias de la infancia, han desarrollado un carácter dependiente oralmente, se verán en mayores dificultades en tales situaciones sociales, dado que no son capaces de aceptar las frustraciones sin reaccionar de una manera depresiva.

M A N I A

Hasta ahora nos hemos ocupado solamente del aspecto depresivo de los fenómenos maniaco-depresivos. En realidad, este aspecto es objeto de una comprensión psicoanalítica mucho mejor que el de la manía.

Desde un punto de vista descriptivo, todos los fenómenos maníacos tienen como centro un enorme incremento en la autoestima. Afirmer que la conciencia parece haber desaparecido o hallarse muy restringida en su eficacia, equivale a lo mismo, ya que “sentimiento de conciencia y disminución de la autoestima” son dos cosas esencialmente idénticas. Todos los problemas de la manía pueden ser abordados desde el punto de vista de este aumento de la autoestima o la disminución en el grado de conciencia. Una vez abandonadas las inhibiciones, todas las actividades son intensificadas. Los pacientes se hallan hambrientos de objetos, no tanto por la necesidad de ser mantenidos o cuidados por éstos, como para expresar sus propias potencialidades y para desembarazarse de sus impulsos, ahora libres de inhibición, que procuran su descarga. El paciente no solamente está hambriento de nuevos objetos, sino que al mismo tiempo se siente liberado por el hecho de que las fuerzas de bloqueo operantes hasta ese momento han perdido todo vigor, y él mismo se siente más o menos desbordado por esta ruptura de los diques de contención. Los impulsos liberados, y por otro lado las energías comprometidas hasta ese momento en el esfuerzo de refrenarlos, desbordan ahora, utilizando a tal efecto toda posibilidad de descarga.

En otras palabras, aquello que la depresión se esforzaba por conseguir,

parece haber sido logrado en la manía. Ya no se trata tan sólo de suministros narcisísticos, que hagan la vida nuevamente deseable; es una completa victoria narcisística lo que se halla al alcance de la mano. Es como si todo material de suministro imaginable se hubiera puesto repentinamente a disposición del paciente, en forma tal que, recobrada en mayor o menor grado, la omnipotencia narcisista primaria, el paciente siente su vida increíblemente intensificada (869, 1367).

Freud dijo que en el estado maniaco desaparece aparentemente la diferencia entre el yo y el superyó (606). Mientras que en la melancolía el yo es enteramente impotente y el superyó es omnipotente, en la manía el yo vuelve a gozar de su omnipotencia, ya sea porque la recobra imponiéndose de algún modo sobre el superyó, o bien por estar unido al superyó y participar de su poder (436). El ánimo regocijado del maniaco tiene que ser interpretado económicamente como signo de un ahorro en el gasto psíquico (556). Demuestra que la tensión entre el yo y el superyó, que antes había sido sumamente intensa, debe haberse aliviado repentinamente. De algún modo, en la manía, el yo ha logrado liberarse de la presión del superyó. Ha puesto fin a su conflicto con la "sombra" del objeto perdido, después de lo cual no parece sino que se entregara a la "celebración" del acontecimiento.

El paciente maniaco-depresivo —como hemos dicho— es ambivalente frente a su propio yo. En las depresiones pone de manifiesto el elemento hostil de esta ambivalencia. La manía trae a la superficie el otro aspecto de la ambivalencia: el extremado amor a sí mismo.

¿En virtud de qué se ha hecho posible este cambio? Del mismo modo que una mala conciencia constituye el modelo normal del estado mórbido que es la depresión, la manía tiene un modelo normal en el sentimiento de "triumfo" (436). El análisis de este sentimiento demuestra que el triunfo es experimentado cada vez que un gasto se hace inútil: un gasto que antes había sido necesario en las reacciones ambivalentes de un sujeto impotente frente a un objeto poderoso. El triunfo significa "ahora soy otra vez poderoso", y es sentido con más intensidad cuanto más rápidamente se ha realizado la transición del estado de falta de poder al estado de poder. El triunfo es un derivado del placer que siente el niño cada vez que su yo en crecimiento alcanza a experimentar lo siguiente: "Ya no tengo por qué tener miedo, puesto que puedo dominar algo que hasta ahora he considerado peligroso; ahora soy tan poderoso como lo son los omnipotentes adultos" (véase pág. 62). Los métodos por los cuales es lograda la participación en el poder reasegurador varían desde el (primitivo) asesinato del omnipotente tirano, para ocupar su lugar, hasta una sumisión propiciatoria, destinada a lograr que el tirano consienta la participación. Un hombre se siente en estado de "elación" cada vez que se siente liberado de una obligación, una responsabilidad o una condición general de dependencia existente hasta ese momento (tipo rebelde de triunfo), o bien cuando ha alcanzado un perdón externo o interno, o ha pasado por un "examen", de cualquier índole

le que sea, o es nuevamente amado, o cuando tiene el sentimiento de haber procedido como corresponde (tipo propiciatorio de triunfo).

¿Puede decirse que en la manía se produce una liberación real, semejante a ésta, de la presión del superyó? El cuadro clínico parece indicar que tal es el caso.

No hay duda de que la presión depresiva ha terminado, de que el carácter triunfal de la manía surge de la liberación de la energía hasta aquí sujeta en la lucha depresiva y que ahora está buscando su descarga. Una multitud de impulsos, en su mayor parte de naturaleza oral, hace su aparición, y junto con el fortalecimiento de la autoestima, produce una sensación de que "la vida es rica", en contraste con la opresiva "vacuidad" que se siente en la depresión.

La aparente hipergenitalidad del maniaco típico tiene un carácter oral y tiende a la incorporación de toda la gente. Abraham describió este estado cuando dijo que en la manía el "metabolismo mental" recibe un incremento. El paciente se halla hambriento de nuevos objetos, pero al mismo tiempo se desembaraza de ellos con toda rapidez y los descarta sin escrupulo alguno (26, y cfr. también 153, 345).

La "incorporación de toda la gente" ha sido confirmada por los hallazgos de Lewin, de acuerdo con los cuales las identificaciones múltiples son características en los estados maniacos (1053, 1058, 1060). Lewin describió un paciente cuyos ataques maniacos correspondían a un *acting out* de la escena primaria, con identificación con ambos progenitores (1053). Los patrones de conducta típicamente "inauténticos" de los maniacos pueden deberse a identificaciones, temporarias y relativamente superficiales, con los objetos externos.

Una institución que hallamos en todas las sociedades son los "festivales", es decir, ciertas ocasiones periódicas en que son abrogadas las prohibiciones del superyó. Las instituciones de esta índole se basan ciertamente en una necesidad social. Una sociedad que crea en sus miembros insatisfacción crónica, tiene necesidad de instituciones que "canalicen" las tendencias rebeldes represadas. Se proporciona de este modo, a las tendencias hostiles a las instituciones vigentes, una forma de descarga que implica, para éstas, el menor daño posible. Una vez por año, bajo garantía de cierto ceremonial, dentro de condiciones especificadas y en una forma institucionalizada, se permite la expresión de los impulsos rebeldes. De tanto en tanto, el "superyó es abolido". Se permite al desposeído de poder la representación convencional de la "participación", y el buen estado de ánimo que de esto deriva lo pone en condiciones de obedecer otro año más (579, 606).

Este buen humor de los festivales constituye, seguramente, un correlato de la manía. En opinión de Freud, la periodicidad en la ciclotimia, tanto como la de los festivales, puede tener su base, en última instancia en una necesidad biológica. Todas las diferenciaciones en el aparato psíquico pueden necesitar, de tanto en tanto, una temporaria abolición. Durante el sueño, noche tras noche, el yo se sumerge en el ello, del cual ha surgido. De

una manera similar, en los festivales y en la manía, el superyó puede ser nuevamente sumido en el yo (606).

La tragedia es seguida por la representación satírica; después del solemne culto a Dios viene la alegre feria frente a la iglesia. La tragedia y la representación satírica, el culto y la fiesta, tienen el mismo contenido psicológico, sólo que en cada caso es diferente la actitud del yo frente a este contenido. Lo que es amenazador y serio en la tragedia y el culto, se vuelve juego y broma en la representación satírica y en la feria (847). Esta secuencia tiene su origen, sin duda, en un ciclo en que ha estado alternando una situación de hallarse oprimido duramente por una autoridad y el acto de liberarse de la misma. Es probable que la secuencia primitiva entre opresión y rebelión haya sido suplantada más tarde por una alternancia de la opresión por la autoridad y los festivales institucionalizados. Esta misma secuencia está representada, en el terreno intrapsíquico, por el ciclo de los sentimientos de culpa y la falta de escrúpulos, y más tarde por la de sentimientos de culpa y perdón. Lo que alguna vez aconteció entre jefes y súbditos, se ha internalizado y tiene lugar ahora entre superyó y yo.

En *Tótem y tabú* (579) Freud formuló una hipótesis filogenética sobre la forma en que este ciclo pudo haberse instaurado.

El ciclo manícodepresivo es un ciclo entre períodos de intensificación y atenuación de sentimientos de culpa, entre sentimientos de "aniquilación" y de "omnipotencia", de castigo y de reiteración de hechos. En última instancia, este ciclo se retrotrae al ciclo biológico de la infancia, de hambre y saciedad.

Todavía parece haber, con todo, una diferencia decisiva entre el modelo normal de triunfo —basado ya sea en una victoria real sobre una tiranía externa o interna, o en haber alcanzado felizmente la participación— y el fenómeno patológico del ataque maníaco.

La manera exagerada que caracteriza a todas las expresiones maníacas no da la impresión de una auténtica liberación. Lo que el análisis de la manía demuestra, en realidad, es que, por regla general, el paciente no ha superado enteramente sus temores frente al superyó. Inconscientemente, éstos continúan en vigor, y el paciente sufre, en la manía, bajo la acción de los mismos complejos que le han hecho sufrir en el estado depresivo. Sólo que en la manía logra aplicar con éxito, contra esos complejos, los mecanismos defensivos de la negación y la sobrecompensación. La naturaleza "espasmódica" de las manifestaciones de la manía se debe al hecho de que pertenecen al tipo de las formaciones reactivas, destinadas a negar las actitudes opuestas (61, 330, 597, 1053). La manía no es una auténtica liberación de la depresión, sino un intento torpe de negar las dependencias.

A menudo la liberación no pasa de ser una ficción, en la que se repiten las simulaciones del niño en su lucha contra los shocks narcisísticos y en que se usan los primitivos mecanismos de defensa de la negación, así como otros mecanismos de defensa. Hallamos la proyección en pacientes que en

su manía se sienten amados y admirados por todo el mundo, o en los que, de una manera más paranoide, se sienten tratados injustamente, y autorizados en consecuencia a hacer cualquier cosa que se les ocurra, sin ninguna consideración para nadie (330). Algunos maníacos condenan y persiguen en los demás precisamente aquellos rasgos que odiaron en sí mismos durante la depresión. En algunos casos la acción ininterrumpida del superyó resulta manifiesta. Una conducta maníaca puede ser racionalizada o idealizada como cumplimiento de algún propósito elevado. En ese caso, la liberación es mantenida por una contracatexis negadora y corre el peligro de ceder su lugar a una nueva depresión.

En una especie de protesta espasmódica, en que se afirma especialmente esta idea, "ahora no necesito más control", todos los impulsos, o muchos impulsos —agresivos, sensuales y algunos de ternura— encuentran descarga. Junto con el superyó es derrocada la razón. Se crea un estado parecido al del primitivo principio de placer, bajo cuya férula el niño cede a los impulsos tan pronto como éstos aparecen, sin consideración a la realidad. Una vez más, un yo razonable es arrollado, pero en este caso no ya por un superyó castigador sino por el abandono de toda función restrictiva de la razón. Lo que en realidad ocurre en la manía es precisamente aquello que temen los neuróticos que viven temerosos de su propia excitación: el derrumbe de la organización del yo a consecuencia de la descarga incontrolada de los impulsos instintivos. El paciente vuelve a ser narcisista, si bien en una forma que no es la de la depresión. Reactualiza la omnipotencia del narcisismo primario, convirtiéndose no sólo en una persona que carece de sentimientos de culpa, sino en un lactante que, habiendo obtenido su alimento, pierde por ello la noción de los objetos.

El hecho de que el maníaco cae, no en un sueño pacífico, sino en un estado de tensos e irresistibles impulsos, puede atribuirse probablemente a dos circunstancias: 1) A diferencia del bebé, el maníaco ha pasado muchos años bloqueando multitud de impulsos y gastando toda su energía psíquica en catexis intrapsíquicas "tónicas" que ahora se han hecho superfluas y necesitan ser abreaccionadas; 2) sus actos son de tipo espasmódico y exagerados porque son negaciones de actitudes opuestas que aún actúan en el inconsciente.

Hemos dicho que los impulsos mórbidos pueden constituir una protección contra la depresión, por cuanto representan procedimientos diferentes para lograr los mismos fines. Existe una relación definida entre impulsos mórbidos específicos e impulsos maníacos inespecíficos, y muchas neurosis impulsivas son, en realidad, equivalentes de la manía.

Una vez que surge, ante nuestros ojos, la convicción de que el origen del ciclo maníaco-depresivo debe buscarse, en última instancia, en el ciclo de la saciedad y el hambre, vuelve a ponerse sobre el tapete el problema de la periodicidad. La periodicidad es, un factor biológico. Se pensó primeramente que era una de las formas de expresión de un ritmo inherente a todos los procesos vitales. Más tarde Freud pensó que era una necesidad

biológica, correlativa a una presión que obliga a un abandono periódico de diferenciaciones en el aparato psíquico (606). Pero la relación que aparentemente impera entre los estados de ausencia del superyó y el bebé saciado de alimento, y, por otra parte, entre los tormentos de la conciencia y los del hambre, condujeron al descubrimiento de otro tipo de alternancia biológica. La alternación de hambre y saciedad se produce forzosamente (supuesto que el infante no pase hambre), y esto queda indeleblemente grabado en la memoria. Toda alternación ulterior de placer y dolor es sentida como si se ajustara al molde trazado por este recuerdo. De acuerdo con este molde, después de cada dolor se espera placer, y dolor después de cada placer. Y se constituye la idea, primitiva en sí misma, de que todo sufrimiento otorga el derecho a alguna alegría compensadora posterior, y todo castigo confiere el derecho a un nuevo pecado. El castigo, y la pérdida del amor de los padres, son percibidos como algo semejante al hambre y la absolución como algo que significa saciedad. Una vez introyectados los padres, el yo reconstruye intrapsíquicamente la misma situación en relación con el superyó. En la depresión el yo ya no se siente amado por el superyó. Ha sido abandonado, y sus deseos orales han quedado insatisfechos. En la manía se restablece la unión amorosa oral absolutoria con el superyó (1107).

El reconocimiento de esta relación deja en pie todavía muchas complejidades en lo que respecta a este problema de la periodicidad, y especialmente en lo que se refiere a esta cuestión capital: ¿por qué, mientras en algunos casos el cambio de fase exige la concurrencia de algún factor externo precipitante —evidente o encubierto— en otros corresponde a un ritmo regular, de base aparentemente biológica? En las depresiones menstruales, por ejemplo, es cierto que el análisis puede demostrar que la menstruación es sentida subjetivamente como una frustración, que significa "no tengo niño ni pene" (322), pero al mismo tiempo es imposible evitar la impresión de que el caso implica también algunos factores adicionales puramente biológicos (257).

RESEÑA HISTÓRICA

Los conocimientos psicoanalíticos básicos acerca de los trastornos maniaco-depresivos se hallan contenidos en unas pocas publicaciones separadas, complementarias entre sí. La mejor manera de resumir esos conocimientos será pasar revista a esos artículos. Dos importantes ensayos de Abraham, uno de 1911 (5) y otro de 1916 (13), fueron seguidos por un ensayo de Freud, en 1917, *Duelo y melancolía* (597), en el que se formularon conceptos fundamentales, que a su vez fueron elaborados y ampliados por Abraham en 1924 (26). Finalmente, una publicación de Rado, en 1927 (1238), proporcionó la solución de ciertos importantes problemas referentes al tema hasta ese momento no aclarados.

En la primera de las publicaciones citadas de Abraham (5), éste reveló su fundamental descubrimiento de que la característica básica de

la vida mental del deprimido es la ambivalencia, cuya influencia parece ser aquí mucho mayor que en la neurosis obsesiva. Las cantidades de amor y de odio coexistentes son aproximadamente iguales. Los deprimidos son incapaces de amar, porque su amor está siempre acompañado de odio. Posteriormente Abraham descubrió la base pregenital de esta ambivalencia y afirmó que el paciente es tan ambivalente consigo mismo como lo es frente a los objetos. El sadismo con que el deprimido se ataca a sí mismo surge de la vuelta hacia adentro de un sadismo primitivamente dirigido hacia afuera. La segunda publicación de Abraham (13) registraba su descubrimiento de que en los deprimidos hay un enorme aumento del erotismo oral. Abraham demostró la acción de conflictos relacionados con el erotismo oral en las inhibiciones de la depresión, en las perturbaciones de la comida y en los rasgos "orales" de carácter. Se puso en evidencia que la ambivalencia y el narcisismo descritos en el primer artículo tenían una raíz oral.

En su artículo *Duelo y melancolía* (597), Freud, partiendo del análisis de los autorreproches depresivos, afirmó que los deprimidos actúan, ante la pérdida de un objeto, como si hubieran perdido su yo. Freud describió la introyección patognomónica. Demostró luego cómo los estados depresivos confirman la existencia de un superyó, y que las luchas entre el superyó y el yo, después de la introyección, sustituyen a las luchas desarrolladas anteriormente entre el yo y su objeto amado en forma ambivalente.

El libro de Abraham (26) no solamente aportó un abundante y convincente material clínico que corroboraba los puntos de vista formulados por Freud en forma teórica, sino que agregó también, por su parte, varias observaciones de interés teórico. Introdujo las dos subdivisiones de las etapas oral y anal de la organización libidinal, y señaló que los autorreproches no sólo son reproches internalizados del yo contra el objeto sino también reproches internalizados del objeto contra el yo. El libro agregaba más adelante nuevas formulaciones acerca de los prerequisites etiológicos (siendo la más importante de estas formulaciones el descubrimiento de la depresión primaria en la infancia) y un estudio sobre la manía, que era una elaboración de las observaciones de Freud sobre la manía contenidas en *Psicología de las masas y análisis del yo* (606).

El artículo de Rado (1238) puso al descubierto el significado de los autorreproches como una propiciación ambivalente (del objeto y) del superyó. Fueron puestas en claro las vinculaciones entre depresión y autoestima. Fue aclarada la doble introyección del objeto en el yo y en el superyó, y se utilizó la distinción entre el aspecto "bueno" (protector) y el aspecto "malo" (castigador) del superyó, para poner en claro los fines de los mecanismos depresivos. Rado explicó, además, la periodicidad maniaco-depresiva como un caso especial de la periodicidad general de transgresión y expiación, y en última instancia, como un resultado de la periodicidad biológica fundamental de hambre y saciedad en el bebé. Posteriores artículos aportaron nuevas elaboraciones e ilustraciones clínicas (668, 844, 1078).

LA TERAPIA PSICOANALITICA EN LOS TRASTORNOS MANIACO-DEPRESIVOS

Las posibilidades terapéuticas del psicoanálisis varían mucho según se trate de depresiones neuróticas o de psicosis maniaco-depresivas de carácter grave. En cuanto a la depresión neurótica, los casos más leves no necesitan un tratamiento especial. La solución, en el curso del análisis, de los conflictos infantiles básicos de la neurosis principal, trae consigo, automáticamente, la solución de los sentimientos neuróticos de inferioridad y una relativa armonía con el superyó. Aquellos casos, ya más serios, en que la depresión domina el cuadro clínico, presentan las mismas dificultades que las neurosis obsesivas, ya que uno y otro trastorno están basados en una fijación pregenital similar.

Las dificultades con que se tropieza en el tratamiento psicoanalítico de las psicosis maniaco-depresivas son de carácter completamente distinto. Cuanto más "internalizados" son los procesos patógenos, más difícil resulta establecer el contacto transferencial necesario para el análisis. En los estados narcisistas no le queda otro recurso, al analista, que intentar, mediante la utilización de los residuos no narcisísticos que aún quedan en la personalidad, un incremento de las relaciones objetales del paciente en un grado tal como para permitir la iniciación del trabajo analítico. De las modificaciones de técnica analítica necesarias a este objeto nos ocuparemos al tratar el tema de la terapia analítica de la esquizofrenia (véanse págs. 501 y sigs.).

Tres dificultades especiales debe superar el análisis en el caso de los pacientes maniaco-depresivos. La primera de ella representa un problema relativamente sencillo, presente también en las depresiones neuróticas: es la fijación oral, vale decir, la enorme distancia a que están situadas las experiencias cruciales de la infancia que el análisis ha de develar (la historia de la depresión primaria). La segunda dificultad ya es más grave, y consiste en el carácter narcisista de la enfermedad, y la consiguiente flojedad de la relación transferencial. Aun allí donde esta relación se establece, es persistentemente ambivalente, en un grado tal que no se conoce en ningún otro tipo de neurosis, y se halla constantemente amenazada por la tendencia a una repentina e inexplicable regresión narcisista. La tercera dificultad es la más decisiva de las tres. En un estado depresivo o maniaco grave el paciente es inaccesible a la influencia analítica. El yo razonable, que debía aprender a enfrentar sus conflictos, por vía del análisis, es simplemente inexistente. Abraham llamó la atención, sin embargo, sobre el hecho, desde entonces confirmado por muchos psiquiatras, de que aun los pacientes deprimidos inabordables, tanto los agitados y ansiosos como los quejosos monótonos, sin ningún contacto aparente con el mundo de los objetos, se muestran agradecidos a quien los escucha atentamente y pueden retribuir una actitud de amable paciencia con un repentino contacto, si bien esto no es tarea fácil con tales pacientes (26).

Para superar esta última dificultad, los pacientes maniaco-depresivos

no ofrecen más que una sola solución natural, y son los frecuentes intervalos libres, durante los cuales son capaces de relaciones de objeto. El intervalo libre es, desde luego, el período que se debe elegir para intentar un esfuerzo analítico, pero aun en los intervalos libres la ambivalencia y la orientación narcisista siguen constituyendo un obstáculo. Aparte de esto, existe el peligro virtual de que un análisis comenzado en un intervalo libre precipite un nuevo ataque. Abraham, basándose en una abundante experiencia clínica, niega la seriedad de este peligro sobre la experiencia opuesta: el análisis iniciado durante el período libre mostró en realidad una tendencia a prolongar el intervalo (26). Tuvo éxito, además, en tres tratamientos que efectuó, si bien la cura exigió un tiempo sumamente largo, a causa de ataques intercurrentes de la enfermedad (26, y véanse también los siguientes informes de casos: 200, 246, 275, 330, 336, 386, 398, 509, 668, 844, 1053, 1060, 1094, 1217 y otros).

Teniendo en cuenta la aparente ineficacia de los otros tipos de terapia y la esperanza de que el creciente progreso de la experiencia práctica nos va a indicar las modificaciones técnicas necesarias para el caso, tampoco debe perderse de vista que, aun en el caso en que el análisis fracasa, se le ha procurado al enfermo un temporario alivio al darle la oportunidad de descargarse hablando. Tomando por base estas consideraciones, el enfermo maniaco-depresivo, una vez que él o sus parientes han sido informados sobre el carácter dudoso del pronóstico, puede ser inducido a someterse al análisis. Pero es necesario tener siempre presente esto: el analista puede verse sorprendido desagradablemente por la simulación del paciente y por el carácter repentino de los hechos que ocurren en la depresión. En todas las depresiones graves existe siempre un grave y constante peligro de suicidio. Aun cuando el contacto del analista con el paciente es diferente al del psiquiatra no analista, aquél no deberá olvidar nunca la cautela que la psiquiatría recomienda. El estudio más amplio, y planeado desde un punto de vista psicoanalítico, de los trastornos maniaco-depresivos —estudio que a un mismo tiempo es reclamado por el bienestar de los enfermos y el progreso de la ciencia— debe realizarse dentro de instituciones.

En cuanto a la terapia de shock, haremos algunas consideraciones más adelante (véase págs. 630 y sigs.).

CAPÍTULO XVIII

ESQUIZOFRENIA

OBSERVACIONES PRELIMINARES

La diversidad de los fenómenos esquizofrénicos hace que una orientación comprensiva sea más difícil de alcanzar en este terreno que en cualquier otra clase de trastornos mentales. Alguna vez se ha puesto en duda si tal orientación comprensiva es realmente posible y si entre los diversos fenómenos esquizofrénicos existe efectivamente algo de común. El membrete de "esquizofrenia" se aplica a cosas tan dispares que termina por carecer de valor aun a efectos del pronóstico. Hay "episodios esquizofrénicos" pasajeros en personas que aparentemente han estado bien tanto antes como después de dichos períodos, así como hay psicosis graves que desembocan en una demencia permanente. Por esta razón, se ha hecho algunas veces la distinción entre "episodios esquizofrénicos" y "psicosis de proceso", de carácter maligno (véanse págs. 495 y sig.). La esquizofrenia no es, ciertamente, una entidad nosológica definida, sino que abarca todo un grupo de enfermedades.

Pero este grupo se caracteriza por ciertos rasgos que le son comunes, si bien no es fácil englobar estos rasgos en una fórmula precisa. Entre los aspectos comunes figuran el carácter extraño y grotesco de los síntomas, lo absurdo e imprevisible de los afectos y las ideas intelectuales, y la conexión evidentemente inadecuada que se establece entre unos y otras. La pregunta que surge es ésta: ¿se deben estas características comunes a mecanismos mentales específicos también comunes?

Freud consiguió hacer concordar los mecanismos de la esquizofrenia con su teoría de la formación del síntoma neurótico, agrupando todos los fenómenos alrededor del concepto básico de regresión. Al hacer este agrupamiento no expuso juicio alguno acerca de si esta regresión era de origen somático o psíquico. La regresión puede tener, en los diferentes casos, distintas causas y diferente alcance, pero tiene siempre la misma considerable profundidad. Alcanza épocas mucho más distantes en el pasado que las correspondientes a cualquier otra regresión neurótica; específicamente, al período en que el yo surge por primera vez a la existencia.

El bebé parte de un estado de "narcisismo primario", en el que las

partes que constituyen el aparato mental aún no se hallan diferenciadas entre sí y todavía no existen los objetos.

La diferenciación del yo coincide con el descubrimiento de los objetos. Un yo existe en la medida en que se diferencia de los objetos que no son el yo. Por esta razón, las fórmulas siguientes significan una y la misma cosa, variando solamente el punto de vista: el esquizofrénico ha regresado al narcisismo; el esquizofrénico ha perdido sus objetos; el esquizofrénico se ha apartado de la realidad; el yo del esquizofrénico se ha derrumbado (véase pág. 51).

Muchos fenómenos parecen indicar que una esquizofrenia es algo básicamente diferente de una neurosis, y sin embargo, son muchos los rasgos que tienen en común. Queda por averiguar todavía si aquello en que difiere una enfermedad de otra se debe a diferencias de profundidad dentro de un proceso similar en lo esencial, o más bien tienen una etiología completamente diferente y cada una de ellas obedece a leyes distintas de la patología. Si bien parece imposible, a causa de la irracionalidad de la conducta del esquizofrénico, compenetrarse de sus sentimientos, es lícito intentar la comprensión, en términos psicológicos, de la brecha existente entre la mentalidad esquizofrénica y la normal o la neurótica. Y aun cuando se llegara a demostrar que la etiología de la esquizofrenia es esencialmente somática, siempre sería interesante estudiar los aspectos psicológicos de esta desintegración mental de origen tan heterogéneo (193, 705). La contribución psicoanalítica a las investigaciones en este terreno sólo puede constituir una parte de una teoría general de la esquizofrenia, si bien una parte esencial de la misma (cfr. 149, 200, 238, 596, 786, 1096, 1138, 1229, 1241, 1359, 1467, 1557). Quedan, por lo demás, el importante dominio de los problemas somáticos, y, desde el punto de vista psicológico, los estudios descriptivos. Los estudios "microscópicos" del psicoanálisis presuponen los estudios "macroscópicos" de la psiquiatría, del mismo modo que la histología presupone la anatomía. Los comentarios que vienen a continuación dan por supuesto el conocimiento de las descripciones "macroscópicas" y se ocupan solamente de hallazgos "microscópicos".

Tanto la comprensión de la esquizofrenia, como su diferenciación de las neurosis, es actualmente, desde el punto de vista psicoanalítico, lo bastante satisfactoria como para fundamentar la idea de que el papel desempeñado por los factores etiológicos somáticos, si bien decisivo quizás, probablemente no sea, en principio, esencialmente diferente del que desempeña en las neurosis. En cuanto a estas últimas, quedó establecido que la disposición y las experiencias precipitantes forman una serie complementaria. La constitución física representa una parte de esta disposición, más decisiva en unos casos y en otros menos.

Varias veces, a lo largo de este libro, al ocuparnos de las diferentes neurosis, hemos tocado algunos puntos que tienen relación con el dominio de la esquizofrenia. En algunos estados hipocondríacos y en las conversiones pregenitales hemos encontrado que las representaciones intrapsíquicas de objeto habían perdido sus catexis y que en su lugar se revestían de ellas

las representaciones de órganos. El narcisismo suplantaba a las relaciones de objeto. Los casos afectados de extensas inhibiciones generales se caracterizaban por una pérdida de interés en el mundo externo y una eliminación casi total de las relaciones de objeto (véase pág. 217). Ciertos tics psicogénicos daban la impresión de que en el síntoma se estaba expresando una catexis de órgano estancada (véanse págs. 362 y sigs.). Y en los estados depresivos se observó que los conflictos que primitivamente se desarrollaban entre el paciente y un objeto externo continuaban dentro de la mente del paciente después de la introyección del objeto (véanse págs. 446 y sig.).

Todas estas situaciones se caracterizan por un rasgo común: una regresión que, por lo menos en parte, se extiende en el pasado hasta el primer estrato narcisístico. De una manera similar, en la esquizofrenia, el colapso de la aptitud para el juicio de realidad —esa función fundamental del yo— y los síntomas de “desintegración del yo”, que significan nada menos que una grave solución de continuidad en la personalidad, también pueden ser interpretados como un regreso a la época en que aún no se había constituido el yo o comenzaba apenas a constituirse. Es de esperar, en consecuencia, que el estudio de la esquizofrenia habrá de arrojar luz sobre los procesos más tempranos de la vida del bebé, tal como el estudio de la neurosis obsesiva nos procuró una mejor comprensión del papel que desempeña el sadismo anal.

Algunos síntomas esquizofrénicos constituyen expresiones directas de un derrumbe regresivo del yo y una anulación de las diferenciaciones adquiridas a lo largo del desarrollo mental (una primitivización). Otros síntomas representan intentos variados de recuperación. La primera categoría de síntomas abarca fenómenos tales como las fantasías de destrucción del mundo, ciertas sensaciones físicas, la despersonalización, los delirios de grandeza, las maneras arcaicas de pensar y hablar, los síntomas hebefrénicos y algunos síntomas catatónicos. La segunda categoría comprende las alucinaciones, los delirios, la mayor parte de las peculiaridades sociales del esquizofrénico, y las del habla, y otros síntomas esquizofrénicos.

SINTOMAS DE REGRESION EN LA ESQUIZOFRENIA FANTASIAS DE DESTRUCCION DEL MUNDO

Según Freud, es la percepción interna de la pérdida de las relaciones de objeto lo que determina la fantasía que frecuentemente hallamos en los primeros estadios de la esquizofrenia: la fantasía de que se aproxima el fin del mundo (574). Los pacientes que experimentan esta sensación están en lo cierto, en un sentido: en lo que a ellos respecta, el mundo objetivo realmente ha hecho colapso (709, 974). Algunas veces lo que se siente es que sólo una parte del mundo está dejando de existir. Por ejemplo, la idea delirante de que alguien está muerto, representa la percepción intrapsíquica de que el vínculo libidinoso con esa persona ha desaparecido (142). El mundo es sentido como algo vital y significativo mientras se halla reves-

tido de libido. Cuando un esquizofrénico se queja de que el mundo parece “vacío”, “sin sentido”, “monótono”, y que siente como si algo hubiera cambiado, como si la gente no fuera otra cosa que imágenes fugitivas, cuando manifiesta que se siente perplejo y abandonado en este nuevo mundo, lo que está reflejando en todo esto es que su libido se ha retirado de los objetos (1462). La misma cosa se expresa, de una manera más localizada, en la despersonalización, y en una forma más intensa y más completa en un estupor catatónico.

Se podría argüir que, a continuación de experiencias de desengaño, la libido se retrae de la realidad también en el caso de personas neuróticas y normales. En ese caso, ¿cómo puede afirmarse que la retracción de la libido es característica de la esquizofrenia? Debe decirse, ante todo, que en las personas normales y en los neuróticos, dicha retracción es de índole diferente que en el caso de los esquizofrénicos. Es un viraje hacia la fantasía, que se denomina introversión. Al desviarse, la persona desengañada, de los objetos reales, el lugar que antes ocupaban estos objetos se llena ahora con figuras de la fantasía, representativas de los objetos de la infancia. El esquizofrénico, por su parte, abandona todo su interés por los objetos. Precisamente en la primera de las publicaciones que dedica a este problema, Abraham señala (1) claramente que lo que decide la diferencia entre neurosis y psicosis es si, en el proceso de retracción de la realidad, han sido preservadas, siquiera en alguna medida, las representaciones de objeto. Mientras que en las psicosis depresivas las representaciones de objeto han sido en cierto modo trasplantadas al interior del sujeto, en la esquizofrenia la retracción de la libido se mantiene difusa, a pesar del especial hincapié en ciertas zonas erógenas.

Hay muchos hechos, sin embargo, que contradicen aparentemente estas manifestaciones. Bastaría, para rebatirlas, al parecer, una fugaz visita a un hospital de enfermos mentales. Los esquizofrénicos muestran interés hacia los objetos, tan intenso a veces que el visitante puede convertirse inmediatamente en objeto de actos de transferencia —ya tiernos, ya sensuales u hostiles— de parte de los pacientes. Pero son precisamente estas formas de reacción, desordenadas e intensas, las que invalidan la supuesta prueba contra la teoría en cuestión, ya que esos actos de transferencia dan la impresión, por su carácter efímero e inconsistente, de que los pacientes, al hacer abandono de un estado narcisista y tratar de restablecer el contacto con el mundo objetal, lo consiguen solamente en forma de bruscos arranques y por cortos períodos de tiempo. Estos tipos de conducta hacia los objetos forman parte de los síntomas de restitución.

Algunos síntomas esquizofrénicos constituyen expresiones directas de la pérdida de objetos. Un caso de mutismo puede no solamente expresar el hecho de que el paciente ya no tiene ningún interés en el mundo de los objetos, sino contener también cierta dosis de antagonismo hostil. En el síntoma del negativismo halla su expresión franca el resentimiento contra el mundo externo.

SENSACIONES CORPORALES Y DESPERSONALIZACIÓN

Muchas esquizofrenias comienzan con sensaciones hipocondríacas características. De acuerdo con la teoría de la hipocondría que sostiene que las catexis de órganos han crecido a expensas de las catexis de objetos, esta sintomatología precoz resulta inteligible. El comienzo del proceso esquizofrénico es una regresión al narcisismo. Esto trae consigo un aumento en el "tono libidinoso" corporal (ya sea del cuerpo en su totalidad o, de acuerdo con la historia individual, de ciertos órganos), y este aumento se hace sentir en forma de sensaciones hipocondríacas.

El descubrimiento del yo (y del mundo de los objetos), de parte del bebé, se realiza en conexión con el descubrimiento del propio cuerpo, el que se distingue de todas las otras partes del universo por el hecho notable de que es percibido simultáneamente a través de dos tipos de sensación: las sensaciones táctiles externas y las sensaciones internas de sensibilidad profunda (1231) (véanse págs. 51 y sig.). Freud afirmó que el yo es primariamente una cosa corporal, es decir, la percepción del propio cuerpo (608). La "imagen del cuerpo" es el núcleo del yo (134, 1372). Las sensaciones hipocondríacas del comienzo de la esquizofrenia demuestran que, con la alteración regresiva del yo, este núcleo aparece una vez más y es alterado (68, 1531).

Los síntomas corporales de la esquizofrenia incipiente no tienen necesariamente el carácter de sensaciones intensas. Consisten, con igual frecuencia, en una impresión de falta de sensaciones. Algunos órganos, o áreas corporales, o el cuerpo en su totalidad, son percibidos como si no pertenecieran a la persona, o por lo menos como si no fueran del todo lo que habitualmente son. También esto puede ser explicado partiendo de la misma alteración libidinosa. Cuando el sentimiento corporal normal desaparece de la conciencia, esto no quiere decir necesariamente que la correspondiente cantidad de libido ha sido retirada del órgano en cuestión (387). Puede significar que este órgano se ha cargado de una gran cantidad de libido que se halla oculta bajo una intensa contra catexis (1291, 1366). Tausk ha señalado que un período semejante de extrañamiento corporal sucede habitualmente a un período hipocondríaco previo. Un retiro de catexis de objeto ha intensificado la catexis del órgano, lo que es sentido primeramente en forma de sensaciones hipocondríacas. Pero el yo ha logrado rechazar estas sensaciones mediante contracatexis, y el resultado es el extrañamiento (410, 1531). Tanto el aumento como la disminución de las sensaciones corporales alteran necesariamente la imagen corporal del paciente, provocándole una sensación de extrañeza. Las alteraciones especiales de la imagen corporal tienen por causa los conflictos mentales subyacentes, y pueden ser tomados como punto de partida para el análisis de estos conflictos (233, 387, 389, 391, 395, 746, 1366, 1418, 1605).

Un episodio esquizofrénico se había iniciado con la desesperación del paciente a causa de que no le sentaba bien un sombrero nuevo. El análisis reveló que el paciente se sentía diferente cuando llevaba ese sombrero; creía que el sombrero le

alteraba la forma de la cabeza. Había cambiado la imagen corporal correspondiente a su cabeza. La exagerada reacción al sombrero era una expresión exagerada del temor del paciente de que algo no marchaba bien con respecto a su cabeza. Una reacción exagerada a la vestimenta significa, por lo general, una reacción exagerada a sensaciones corporales (521) (véanse págs. 52 y 299). Oberndorf describió casos en que la inseguridad respecto a las sensaciones corporales se debía a una inseguridad del paciente respecto a su propio sexo (1186, 1187, 1188, 1189, 1191).

En las etapas de extrañamiento, una incrementada catexis narcisista del cuerpo es contrarrestada por reacciones defensivas. En la despersonalización pasa lo mismo con una intensificada catexis narcisista de procesos mentales. En la despersonalización son reprimidos los sentimientos o las ideas afectadas de una sobrecarga. El paciente, observándose a sí mismo, se percata de la ausencia de la plenitud de sus sentimientos, del mismo modo que una persona se da cuenta de la ausencia de un nombre olvidado, que "tiene en la punta de la lengua". Las experiencias de extrañamiento y despersonalización se deben a un tipo especial de defensa, a saber, una contracatexis dirigida contra los propios sentimientos que han sido alterados e intensificados por un previo aumento del narcisismo (402, 410, 1173, 1291, 1531). Las consecuencias de este aumento son percibidas con displacer por el yo, que por ello toma medidas defensivas contra las mismas. Estas medidas defensivas consisten a veces en una retracción reactiva de libido (1173), pero por lo general se estructuran mediante una contracatexis. La acrecentada autoobservación y la impresión de que las sensaciones desaparecidas continúan existiendo —a la manera de un nombre olvidado— son las manifestaciones clínicas de esta contracatexis (410).

Schilder ha insistido expresamente en que "las personas que sufren de despersonalización no carecen de sentimientos; lo que pasa simplemente es que los pacientes perciben, como surgiendo desde adentro, algo que se opone a sus propias vivencias" (1379). La expresión manifiesta de esta oposición es una intensificada autoobservación, de modo que "tenemos en la despersonalización dos clases de tendencias en conflicto", a saber, las tendencias hacia y en contra de los sentimientos que derivan de las sensaciones corporales. "El órgano revestido de la catexis narcisística es el más expuesto a la despersonalización" (1379).

No en todos los casos de despersonalización el aumento de narcisismo es necesariamente tan intenso como al comienzo de una esquizofrenia. La despersonalización, como síntoma de un intento de controlar sentimientos y sensaciones censurables, se observa también fuera de la esfera de la esquizofrenia. Puede expresar una defensa contra sensaciones de excitación, especialmente contra una curiosidad pronunciada (107, 1347), o contra la propia manera particular de pensar (1186, 1187, 1188, 1189, 1191).

Lo que se ha dicho de los sentimientos de extrañamiento y despersonalización, a saber, que representan una reacción del yo a la percepción del aumento de la libido narcisista, puede decirse también de la perplejidad general del esquizofrénico, de la sensación que éste tiene de que todo ha cambiado. Todos estos síntomas iniciales se deben a una percepción interna

de la regresión narcisista y de los desplazamientos libidinosos que la acompañan.

IDEAS DE GRANDEZA

No siempre una retracción de la catexis de los objetos hacia el yo psíquico debe manifestarse necesariamente como despersonalización. No siempre el aumento de narcisismo es rechazado.

En determinadas circunstancias, éste se hace sentir como una enorme y placentera inflación del yo del paciente. Una repentina fusión de la catexis de representaciones de objeto y las del yo puede dar lugar a una especie de estado maniaco y de vivencia extática (574).

Hemos manifestado repetidas veces que el niño, una vez que ha perdido su sentimiento de omnipotencia, cree que los adultos son omnipotentes y se esfuerza por alcanzar la unión con ellos. Los individuos psicóticos pueden lograr con éxito la negación lisa y llana de la pérdida de su omnipotencia y la conservación o recuperación de la "unión oceánica", de manera tal que el mundo objetual, una vez llenada su función de procurar satisfacción, desaparece nuevamente, tal como desaparece cuando el niño cae dormido (324) (véase pág. 51). Estos individuos reaccionan a toda herida narcisística, en su vida posterior, tal como trataron de reaccionar a la primera de todas ellas, es decir, al percatarse de que no eran omnipotentes. Niegan la herida y, con propósito de sobrecompensación, acrecientan su autoestima. Una regresión al narcisismo, para estas personas, es también una regresión a la omnipotencia narcisista primaria, que hace su aparición en forma de megalomanía.

Al ocuparnos de los mecanismos de defensa hemos descrito cómo el desarrollo normal del yo y de su función de prueba y juicio de realidad hace imposible el uso extensivo de mecanismos de negación (véanse págs. 170 y sigs.). Algunas veces, sin embargo, un ambiente fuera de lo común, que echa a perder al niño y favorece el aislamiento, permite a la persona aferrarse a su distanciamiento narcisístico y sobrecompensar toda lesión narcisista forjándose un concepto aún más alto de sí mismo. Otras veces las causas de la fijación narcisista determinante de una sobrecompensación de esta índole no resultan tan evidentes.

En algunos casos, un narcisismo sobrecompensador de esta índole puede convertirse en punto de partida para el desarrollo de actitudes ascético-masoquistas. En otros, en cambio, no sufre esta elaboración ulterior, y el paciente compensa simplemente su pérdida de amor con un incrementado amor a sí mismo. Ya hemos dicho que tanto en las personas normales como en los neuróticos, un objeto perdido puede ser reemplazado por una identificación con el mismo: el yo, luego de hacerse semejante al objeto amado, se ofrece al ello (608) (véase págs. 442 y sigs.). En personas que tienen la posibilidad de regresar a la omnipotencia narcisista, la semejanza con el objeto es reemplazada por el sentimiento de ser más admirable que cualquier objeto. El amor a los objetos es sustituido por el amor a sí mismo, y la sobreestimación

de que se hace objeto habitualmente a la persona amada es dirigida ahora al propio yo. El paciente no sólo se siente inclinado a creer nuevamente en su omnipotencia, sino que puede incluso entregarse a un apasionado amor profesado a su propia persona y fantasear con un coito consigo mismo. Se ve claramente que este tipo de amor hacia sí mismo no corresponde al estado primario anterior a la existencia de todo objeto (la regresión a este estado tiene más bien su representación en un estupor catatónico que en la megalomanía) (924). Pero apunta, eso sí, hacia el "narcisismo secundario" (585, 608), en el cual los objetos han sido nuevamente reemplazados por el yo.

La creencia en la propia omnipotencia no es más que uno de los aspectos del mundo mágico-animista que en las regresiones narcisistas pasa nuevamente a primer plano (cfr. 1250).

El hecho de que los pacientes crean realmente en sus sueños diurnos narcisistas, que se transforman en delirios, haciendo que la persona se crea rey, presidente o Dios, se debe a la pérdida de la aptitud para el juicio de realidad. El contenido de las ideas delirantes puede ser analizado del mismo modo que los sueños diurnos de los neuróticos y las personas normales. El hecho de sentir esta "grandeza" constituye una expresión directa del narcisismo reactivado. Los delirios que incluyen este sentimiento se estructuran de la misma manera que los otros delirios (70) (véanse págs. 479 y sigs.).

EL PENSAMIENTO EN LOS ESQUIZOFRENICOS

No puede decirse de ningún modo que la manera en que los esquizofrénicos usan los conceptos y las palabras es siempre desordenada. Existe, de hecho, un orden definido en su manera de pensar, sólo que este orden no obedece a las leyes de nuestra lógica "normal". La lógica del esquizofrénico es igual a la del pensamiento primitivo, mágico, es decir, con una manera de pensar que hallamos también en el inconsciente del neurótico, en los niños pequeños, en las personas normales en condiciones de fatiga, bajo la forma de "antecedentes" del pensamiento (1363), y en el hombre primitivo (1047). Es la manera *arcaica* de pensar (166, 234, 235, 236, 732, 930, 1042, 1550). En la esquizofrenia encontramos, notablemente desarrollado, lo que en la neurosis obsesiva se manifiesta en forma leve: el pensamiento esquizofrénico se halla en pleno regreso de la etapa lógica a la prelógica.

El carácter regresivo del tipo de pensamiento propio de la esquizofrenia es confirmado por la investigación, que demuestra su identidad con los presuntos precursores arcaicos del pensamiento lógico (véanse págs. 63 y sigs.). El pensamiento del esquizofrénico es relativamente más concreto y activo que el pensamiento normal —si bien incapaz de abstracciones realistas, tiene menos de preparación para la actividad subsiguiente y más de equivalente simbólico del acto. Su carácter de concreto es solamente "relativo", por cuanto sus imágenes concretas no corresponden a realidades objetivas, sino que se forman o están influidas por las modalidades del pensamiento primitivo, de realización mágica de los deseos. Su carácter activo se debe al hecho

de que la percepción de los estímulos y la reacción a los mismos (su elaboración subjetiva) se hallan nuevamente entrelazadas entre sí (véanse págs. 52 y sig.).

En las personas no psicóticas, esta manera de pensar sigue en vigor en el inconsciente. De ahí surge la impresión de que en la esquizofrenia "lo inconsciente se ha hecho consciente". Habiendo regresado al primer plano "el proceso primario" y las maneras arcaicas de pensar, estos mecanismos ya no colocan a los esquizofrénicos en situación de extrañamiento. Es así como demuestran, por ejemplo, una comprensión intuitiva del simbolismo. Las interpretaciones de símbolos, que a los neuróticos les cuesta tanto aceptar durante el análisis, son hechas por los esquizofrénicos espontáneamente y como cosa "de cajón". El pensamiento simbólico no es para ellos un mero método de tergiversación, sino que constituye realmente su modo (arcaico) de pensar (cfr. 982) (véanse págs. 66 y sig.).

En cuanto al contenido ideacional, los esquizofrénicos también expresan a menudo, con toda libertad, ideas que las demás personas reprimen profundamente, tales como, por ejemplo, el complejo de Edipo (181, 228, 806, 808, 973, 1506, 1625). Esto da la impresión de que el yo del esquizofrénico ha sido arrollado por sus poderosas exigencias instintivas, las que han logrado abrirse camino violentamente hacia la conciencia. Este arrollamiento del yo puede ser resultado, sin embargo, de una regresión defensiva. Parece, a veces, como si, gracias a la regresión el paciente hubiera pasado de un mundo censurable y peligroso a un mundo placentero, de cumplimiento de lo deseado. Las más de las veces el conflicto continúa. En un intento de huir de una peligrosa realidad, el paciente se deja sumergir en un mundo de fantasías sexuales infantiles, pero fracasa, y los peligros de los cuales pretendió huir, vuelven con la "inundación" de impulsos infantiles.

¿Cómo puede ser analizado un esquizofrénico, siendo que el análisis consiste en enfrentar al paciente con sus deseos inconscientes, y en el esquizofrénico estos deseos ya son de todos modos conscientes? Esta pregunta puede ser contestada fácilmente, si se tiene en cuenta el carácter de defensa que tiene la regresión. La primera interpretación que se ha de hacer no es la de que el paciente tiene un complejo de Edipo, sino que tiene temor a ciertos aspectos de la realidad. Si el análisis tiene éxito, la búsqueda y localización de estas angustias conducirá a enfrentarse con el complejo de Edipo desde otro ángulo, completamente distinto. Del mismo modo que en la neurosis, lo que el análisis debe hacer aquí es tratar de enfrentar al paciente con las angustias de las que éste quiere huir, y no participar en sus intentos de fuga (véase pág. 503).

H E B E F R E N I A

En la hebefrenia puede observarse la pérdida del mundo de los objetos, o la pérdida de todo interés en éste, libre de toda otra complicación. El carácter pasivo del mecanismo de defensa de la regresión adquiere aquí su máxima claridad: acosado por los conflictos, el yo no emprende ninguna actividad conducente a defenderse, "se deja estar". Si el presente es displaciente, el yo se sume en el pasado. Si las nuevas formas de adaptación

fallan, se refugia en otros más antiguos, en los modos infantiles de receptividad pasiva e incluso, quizás, en los de la vida intrauterina. Si una forma de vida más diferenciada se hace demasiado difícil, es abandonada a cambio de una existencia que, sobre poco más o menos, ya es meramente vegetativa. Es lo que Campbell denominó capitulación esquizofrénica (239).

La ausencia de intentos visibles de restitución hace de la hebefrenia el tipo regresivo puro de la esquizofrenia. La pérdida de las relaciones de objeto se produce a menudo, de manera sumamente gradual, pero puede ser inexorablemente progresiva. En las personas que padecen de una inhibición de índole general pueden hallarse estados de transición hacia la hebefrenia. Sucede a menudo, en las personas de este tipo, con un complejo de Edipo de tinte pregenital y con disposición a renunciar a todo nuevo éxito, que se mantienen más o menos normales durante el período de latencia, pero no pueden sostener la lucha con el aumento de excitación instintiva, de fuente somática, que trae consigo la pubertad ("dementia praecox"). Ocasionalmente se producen algunos afloramientos explosivos de rabia excesiva, destructiva. Los impulsos destructivos han sido previamente rechazados por una conformidad "pacífica".

Un paciente había presenciado con frecuencia, durante su niñez, la escena primaria. Se había forjado una concepción sádica del acto sexual, una identificación con la madre y un consiguiente e intenso miedo sexual. La primitiva reacción a las escenas primarias, la hostilidad hacia ambos progenitores, y especialmente hacia el padre, fue rechazada mediante una creciente indiferencia hacia el mundo. La identificación con la madre y las inclinaciones homosexuales pasivas hallaron una expresión deformada en esta indiferencia.

LOS SINTOMAS CATATONICOS COMO FENOMENOS REGRESIVOS

Tausk demostró que hay numerosos síntomas esquizofrénicos en que reviven experiencias del período en que el yo en desarrollo se descubría a sí mismo y descubría su ambiente (1531). La manera pasiva en que los pacientes sienten sus propios actos, como si decididamente no actuaran sino que fueran obligados a realizar determinados movimientos y a pensar ciertos pensamientos que "les han puesto" en la cabeza, es correlativa de una etapa primitiva en el desarrollo del yo. Lo mismo puede decirse de la creencia en la omnipotencia de las palabras o los gestos. Otros patrones fijos de conducta, típicos de la esquizofrenia, tales como el negativismo y la obediencia automática (ecolalia y ecopraxia), que no son inmediatamente factibles de reconocer como manifestaciones de la época de la crianza, son ciertamente arcaicos y primitivos, sin embargo, y delatan una apercepción indiferenciada de los objetos, vínculos indiferenciados del yo y una ambivalencia profunda (oral) hacia el universo de los objetos. La obediencia automática corresponde a la "fascinación" imitativa en el bebé (130) (véase pág. 53). Con la pérdida de la comunicación afectiva con los objetos, se ha perdido también la conexión de las actitudes emocionales entre sí, y estas actitudes aisladas

se han hecho rígidas y automáticas. Ciertos síntomas —las posturas y movimientos catatónicos, por ejemplo— sugieren la idea de que pudo haberse producido incluso una recurrencia de impulsos del período de existencia intrauterina (1531). Luego que la regresión ha suprimido las inhibiciones normalmente existentes, reaparecen los tipos arcaicos de motilidad, en forma de actividad motriz catatónica (1460).

Muchas cuestiones referentes a estas actividades aún permanecen oscuras. Parecen ser manifestaciones de las capas más profundas del aparato motor, las que, luego que se ha producido la desintegración del yo, han adquirido una especie de existencia independiente. Al ocuparnos del tic psicogénico nos hemos referido a las “huellas mnémicas narcisísticas” (492) (véase pág. 363), las que, en busca de una salida, se han hecho relativamente independientes de la personalidad total. Este esfuerzo en procura de descarga se halla en conflicto con una tendencia opuesta que desemboca en una acumulación, la que, sin embargo, es decargada por vía de “cortos circuitos”. Los movimientos catatónicos se deben, sin duda, a un corto circuito similar a aquél. En algunas estereotipias y actitudes raras todavía es dado reconocer la intención voluntaria original que ha fracasado y se ha hecho automática a causa de la desintegración de la personalidad. En la neurosis obsesiva no deja de ser común ver al paciente sonriendo de una manera amistosa con un propósito de defensa, cuando se enfrenta con situaciones que le recuerdan algo que amenaza con provocar angustia. De una manera semejante, hay muchos casos de “sonrisa obtusa” en los pacientes catatónicos, así como muchos otros que implican un “desdoblamiento entre el afecto y el contenido ideacional”, que se explican por la intención de negar y repudiar ciertas emociones sombrías y temibles; entre ellas, quizás, algunas veces, la idea de estar mentalmente enfermo. Pero la desintegración del yo como instancia rechazante transforma esta intención en una mera sombra, la aïsla de la personalidad total y da lugar al carácter “obtusos” de la sonrisa. En las personas normales, tanto como en los neuróticos, la expresión facial constituye una manera decisiva de expresar los sentimientos hacia los objetos. Pero si desaparecen las relaciones de objeto, también la expresión facial pierde su propósito y la plenitud de su carácter. Se vuelve “vacía”, enigmática, y representa sólo un pálido resto de lo que fue. Sucede muy a menudo, sin embargo, que las estereotipias y actitudes raras no son simplemente “restos” de sentimientos desaparecidos, sino que representan un intento infructuoso de recuperarlos. Volveremos, por eso, a ocuparnos de ellas más adelante, incluyéndolas en la categoría de los “síntomas de recuperación” (véanse págs. 490 y sigs.).

SINTOMAS DE RESTITUCION EN LA ESQUIZOFRENIA FANTASIAS DE RECONSTRUCCION DEL MUNDO

Así como las fantasías de destrucción del mundo son características de las primeras etapas de la esquizofrenia, en las etapas posteriores se presentan, a menudo, diversas fantasías de reconstrucción. O bien se trata de delirios

acerca de que es el paciente mismo quien tiene ante sí la tarea de salvar al mundo, y que tal vez haya sido elegido por Dios para imponer nuevamente el orden en el mundo, o bien se trata simplemente del sentimiento de que se debe esperar alguna especie de salvación o renacimiento (974). El mundo ha dejado de parecer vacío y falto de sentido, para presentarse ahora especialmente rico y lleno de significaciones nuevas e indescriptiblemente grandiosas.

Todo es percibido con un significado distinto, oculto a veces, otras veces claro, pero casi siempre profético y simbólico. El paciente puede sentirse objeto de revelaciones de toda índole. Para algunos pacientes estas experiencias tienen carácter de éxtasis, para otros son sumamente atemorizantes. Todas ellas representan una percepción interna de las tendencias a restaurar aquello que fue perdido a causa del narcisismo patogénico, y el carácter promisorio o atemorizante de las vivencias representa, respectivamente, la actitud del paciente, esperanzada o sin esperanzas, frente a esta tarea. Sin embargo, estos intentos de recuperación no siempre revelan forzosamente un gran “amor al progreso”. La “salvación” es sentida a menudo en forma pasivo-receptiva, y ostenta signos de la *unio mystica* narcisista, de la más profunda unión oral del sujeto con el universo, y del reestablecimiento del primitivo “sentimiento oceánico” (622).

Los delirios religiosos, por regla general, tienen su raíz en anhelos de salvación de este género, unidos a intentos de dominar las abrumadoras e indescriptibles sensaciones esquizofrénicas mediante la verbalización (939). Las palabras usadas en esta verbalización son tomadas de la tradición religiosa. Dado que la tradición religiosa es, en nuestra cultura, de carácter patriarcal, una verbalización de esta índole ofrece una oportunidad especial para la expresión de las contradictorias tendencias de los complejos paternos del paciente. Esto es especialmente importante en el hombre, en quien el proceso psicótico, en conjunto, tuvo como punto de partida la defensa contra los sentimientos homosexuales ambivalentes hacia el padre (574) (véase págs. 479 y sig.).

La dependencia del hombre moderno frente al padre patriarcal (y a los dioses de carácter paterno) es menos profunda, sin embargo, que la dependencia que, por razones biológicas, siente todo hombre con respecto a la madre, que ha cuidado al bebé durante su período pasivo-dependiente. No es raro, por esto, que las ideas delirantes de índole religiosa de los esquizofrénicos presenten rasgos matriarcales y cierto parecido con las antiguas religiones de carácter materno (1559).

A L U C I N A C I O N E S

Las alucinaciones son sustitutos de las percepciones, que se producen luego de la pérdida o menoscabo de la aptitud para la prueba y juicio objetivos de la realidad. Se produce la proyección de factores internos, que son sentidos como si se tratara de percepciones externas. El término “sustitutos de las percepciones” no debe entenderse en el sentido de que ha des-

aparecido toda percepción real. Las alucinaciones se producen al mismo tiempo que las percepciones, y a veces incluso entremezcladas con éstas en calidad de "ilusiones".

Dos preguntas deben ser contestadas: (1) ¿A qué se debe que ciertas impresiones tengan rasgos característicos de percepción, en forma tal que excluyen toda duda sobre su realidad objetiva? (2) ¿Cuál es el contenido de las alucinaciones, es decir, qué factor es el que determina *qué* ha de ser lo que los pacientes creen que perciben?

La primera cuestión, es decir, a qué se debe el fenómeno mismo de la alucinación, no ha sido del todo resuelta aún. En la contestación a esta pregunta tendría que participar también la fisiología. Antes de desarrollarse la capacidad de juicio de realidad, existe un estado alucinatorio primario de cumplimiento de deseos (457). Las circunstancias características de esta etapa y de su recurrencia en las psicosis y en los sueños fueron estudiadas por Freud (552). Es probable que las partes del aparato mental cuya estimulación produce las percepciones, se hagan sensibles a los estímulos internos cada vez que queda bloqueada la aceptación de nuevos estímulos externos. Un bloqueo de esta índole puede producirse de diversos modos. En el estado de sueño, las compuertas que comunican con el mundo externo se hallan cerradas por razones biológicas, y a causa de ello los pensamientos se transforman en alucinaciones (595); en la esquizofrenia tiene este mismo efecto la retracción patógena de las catexis de objeto (590, 611, 614).

La segunda cuestión, la que atañe al contenido de las alucinaciones, puede ser contestada inmediatamente en lo que se refiere a cierto tipo de alucinosis aguda, que habitualmente no es incluida en el grupo de la esquizofrenia. Los estados alucinatorios agudos que frecuentemente se desarrollan a continuación de traumas definidos, tales como las operaciones o un parto (404, 1628), son factibles de individualizar, a menudo, como cumplimiento de deseos (62, 1368). Un hombre a quien han amputado una pierna puede hacer una psicosis aguda, en la que niega la amputación e imagina que posee aún su pierna sana (1612). El paciente, si no es enteramente capaz de librarse de percepciones o sensaciones displacientes, puede proyectarlas y alucinar sus propios defectos en las personas que lo rodean (1045, 1362). Una psicosis de este tipo es una realización de deseos por el abandono del juicio de realidad. Se rechaza una realidad displaciente y en su lugar se crea otra más placentera, del mismo modo como sucede en el sueño de las personas normales (552, 595). Un psicótico de este tipo evita un conflicto con la realidad mediante la negación de ésta. Lo que "reprime" no es el impulso instintivo que le condujo al conflicto, sino las percepciones que se oponen a sus deseos. Una vez más, esta ruptura con la realidad toma la senda de la regresión, de tal modo que el paciente vuelve a sumirse en el estado de realización alucinatoria de deseos en que vivió antes de adquirir la capacidad de juicio de realidad (611).

Si bien las alucinaciones de la esquizofrenia difieren de las de la psicosis alucinatoria aguda, tienen con ésta algunos rasgos en común: el yo, luego de su apartamiento de la realidad, se esfuerza por crear una realidad nueva,

que le resulte más apropiada. En las relaciones normales con la realidad nunca, son suficientes las imágenes mnémicas, hace falta el suministro de nuevas percepciones. Las alucinaciones son, para el esquizofrénico, un sustituto de dichas percepciones, y esto ocurre cuando ha quedado bloqueada la aceptación de nuevas percepciones reales. De esta manera se hacen posibles las relaciones con una realidad sustitutiva, recientemente creada (611, 614).

La mayor parte de las alucinaciones esquizofrénicas, sin embargo, no son placenteras, y no parecen representar una simple realización de deseos. Son a menudo sumamente penosas o atemorizantes. Freud hizo la sugestión de que la angustia que frecuentemente acompaña a las alucinaciones se debe a la reaparición de una parte de la realidad que ha sido repudiada, de una manera análoga a lo que sucede en las neurosis, donde la angustia se debía a la reaparición de partes repudiadas del ello (611).

Pero no es sólo una realidad repudiada lo que vuelve en forma de alucinaciones. Es también un ello o un superyó, que han sido repudiados. Las alucinaciones no son solamente la expresión de la fuga del yo, sino también del fracaso de esta fuga, un retorno deformado, bajo la forma de proyecciones, de impulsos que habían sido rechazados (663). Esto resulta especialmente claro en un tipo de alucinación esquizofrénica que representa las amenazas de castigo del superyó que el yo ha tratado de vencer. Concorde con el origen auditivo del superyó, la mayor parte de las "voces" que los pacientes oyen son de esta naturaleza (585).

Las alucinaciones, como se ve, son fenómenos complicados, que comprenden elementos de percepciones, de pensamientos traducidos a sensaciones y de recuerdos plásticos (el "núcleo histórico de las alucinaciones"). Los pensamientos y recuerdos son alusiones a deseos instintivos rechazados y a amenazas del superyó. Las alucinaciones son pasibles de una interpretación igual a la de los sueños (141, 262, 294, 1365).

DELIRIOS

Los delirios tienen una estructura similar a la de las alucinaciones. Son juicios equivocados de la realidad, que se basan en la proyección. Mientras los elementos de las alucinaciones se reducen a sensaciones perceptivas, los delirios se hallan estructurados sobre ideas más complicadas, y a veces sistematizadas. Tal como las alucinaciones, pertenecen a veces al tipo de realización de deseos, pero la mayor parte de las veces son penosos y atemorizantes. Si bien representan un intento de reemplazar las porciones perdidas de la realidad, contienen a menudo elementos de la realidad repudiada, que a pesar de todo regresan, y partes de los impulsos rechazados, al mismo tiempo que exigencias proyectadas del superyó.

Esto puede demostrarse en el caso del delirio de persecución, que es el tipo de delirio que ha sido investigado más a fondo, pero que es, de hecho, el más complicado de todos.

El significado de estos delirios fue revelado primeramente por Freud

(el caso de Schreber) (574), y corroborado desde entonces por muchos investigadores (143, 319, 401, 452, 464, 587, 854, 1017, 1203, 1260, 1358, 1379, 1398, 1421, 1465, 1470, 1531). El delirio sistematizado de Schreber se caracterizaba por la actitud ambivalente de éste hacia Dios y por sus ideas acerca de que iba a ser castrado. De una manera convincente, Freud lo interpretó como un intento de parte de Schreber de superar el complejo paterno, especialmente su componente homosexual pasivo. Por medio de sus delirios, Schreber intentó protegerse de las tentaciones homosexuales pasivas, originadas en su actitud infantil hacia el padre. El hecho de que el paciente tuviera que defenderse, no del complejo de Edipo normal, sino del otro componente de la sexualidad infantil, el complejo negativo (homosexualidad), resultó tener un significado de carácter general, dado que los conflictos sobre homosexualidad son hallados en la mayor parte de las esquizofrenias paranoides. La homosexualidad representa, por así decirlo, un estado intermedio entre el amor a sí mismo y el amor hacia el objeto heterosexual. En la regresión al narcisismo, la etapa de la homosexualidad constituye un punto intermedio en el que aquélla puede detenerse temporalmente, y una persona que ha regresado a la etapa del narcisismo, y se esfuerza por recuperar el mundo de los objetos y volver a él, puede no retroceder más allá de la etapa homosexual.

Schreber se defendía de las tendencias homosexuales mediante la negación y la proyección. "Yo no lo amo, lo odio", es lo que, según Freud (574), dice primeramente el yo, en actitud de autodefensa; luego la proyección convierte el "le odio" en un "me odia". De este modo, su propio odio es relacionado con este contenido: "Le odio porque me persigue". La persecución representa la tentación homosexual, transformada en una temible amenaza, que actúa independientemente de la voluntad del paciente. La destrucción de la función de juicio de realidad da a esta infructuosa defensa contra la tentación homosexual su carácter de delirio. La forma y el contenido del delirio, en concordancia con la profunda regresión del yo, presenta todos los rasgos que corresponden a los niveles mágicos y arcaicos del yo. Es interesante observar que el odio nunca es proyectado al azar, sino que, por lo común, se halla en relación con algo que tiene su base en la realidad. Los pacientes con ideas de persecución son extremadamente sensibles a la crítica, y el conocimiento de críticas efectivamente existentes, pero insignificantes, les sirve de base real para sus delirios. Esta base tiene que sufrir, por supuesto, una exageración y una deformación extremas antes de resultar apropiada para tales fines. Del mismo modo que los "monstruos" de un sueño pueden representar una "ameba" de la vida diaria (1328), el monstruo de un delirio paranoide puede ser un microbio real, que ha pasado por una apreciación incorrecta. El paranoide es un individuo particularmente sensibilizado para percibir el inconsciente de los demás, allí donde estas percepciones puedan ser utilizadas para racionalizar su tendencia hacia la proyección. El paranoide siente claramente el inconsciente de los demás, cuando esto le puede servir para hacerse sordo hacia el inconsciente propio (607).

La transformación aparente del amor en odio que puede observarse en

la base de los delirios de persecución, sólo es posible si antes ha habido una fuerte ambivalencia, o, en otras palabras, si la actitud del paciente hacia los objetos no había dejado de ser arcaica en ningún momento (608). La homosexualidad latente de los paranoides es habitualmente del tipo agresivo-ambivalente descrito por Nunberg (1181) (véanse págs. 377 y sig.), y el odio, en el delirio, es una manifestación de esta agresividad primitiva (968). De todos modos, es un hecho demostrable en personas que sufren de delirios de persecución la presencia del fin pregenital de incorporación, que es el precursor común e indiferenciado del amor y el odio. La proyección, en sí misma, se basa en la imprecisión de la línea demarcatoria entre yo y no-yo. Las ideas de incorporación tienen relación también con esta imprecisión. El objeto incorporado se ha convertido en una parte del yo del sujeto, y al ser nuevamente proyectado, conserva una cierta "calidad de yo", incluso en el mundo externo. Resulta patente que el perseguidor, tanto como el instrumento que utiliza, representa no solamente el objeto amado (ambivalente), sino también una proyección de características del paciente, ya sea de todo su cuerpo, o de partes de cuerpo o de partes específicas de su mente. Staercke (1465) y Van Ophuijsen (1203) demostraron que el perseguidor, si bien representa un objeto real, es percibido en el inconsciente, cosa curiosa, como las heces del mismo paciente. Las sensaciones de persecución representan sensaciones intestinales, que de resultas de la regresión narcisista han sido especialmente acentuadas, y luego proyectadas (49, 94, 119). Bibring relató el caso de una mujer que creía ser perseguida por un hombre llamado "Trasero". La paciente atribuía a ese hombre una serie de características que eran reales con referencia a su propia región glútea (143).

La idea de hallar el propio cuerpo o partes de él en el mundo externo está en relación con la orientación narcisista del paciente, que hace que éste, enamorado de sí mismo, desee encontrar su propio yo personificado en un objeto.

Fuera de la esfera de los delirios de persecución también sucede que un órgano se convierte en representante de un objeto externo, y ello como resultado de una regresión narcisista y vinculado a fantasías de introyección; así, por ejemplo, en la hipocondría, en las neurosis de conversión pregenital y en las depresiones (1171, 1436). Pero en los delirios de persecución, el objeto introyectado, en contraste con los otros casos enumerados, ha sido nuevamente proyectado. El hallazgo original de Freud, de que el perseguidor representa el objeto homosexual, sigue siendo ciertamente correcto. Pero el hecho de que el perseguidor representa al mismo tiempo los rasgos del propio sujeto, demuestra que dicho objeto, en la fantasía del paciente, ha sido introyectado y nuevamente proyectado.

En un grado reducido, "el pasaje de un objeto a través del yo" (1567), que confiere al objeto rasgos del yo, puede representar también cierto papel en la elección normal del objeto amoroso (1565).

Es interesante el hecho de que entre los órganos proyectados sobre el perseguidor tienen un rol predominante las heces y las nalgas. Según Abraham,

el proceso de incorporación es concebido, en las fantasías paranoides, como realizado por el ano (26). La introyección anal representa la relación de objeto a nivel de la primitiva orientación sádicoanal de la libido. Es percibida como una destrucción del objeto y es de carácter más arcaico que el nivel sádicoanal a que regresa el neurótico obsesivo, donde el objeto es conservado.

Pero las fantasías de incorporación de los esquizofrénicos paranoides no se limitan a la zona anal. Se encuentran también fantasías de incorporación oral (57, 230), epidérmica o respiratoria. Esto puede demostrarse por la presencia de ideas de comer o ser comido, de inhalar y ser inhalado (1172).

Uno de los más tempranos síntomas de un joven hebefrénico era un intenso temor a los perros, combinado con una incapacidad de comer en presencia de su madre. El análisis demostró que ambos síntomas eran una defensa contra el deseo de morder a su madre y comérsela.

El análisis de la idea, tan frecuente, de ser influido por máquinas que, según el paciente, estarían usando sus perseguidores, demuestra que esas máquinas no son más que réplicas del propio cuerpo del paciente (1531). El aparato representa frecuentemente uno de los órganos del paciente, uno de los que éste valora más. Muy a menudo es un símbolo de los órganos genitales; otras veces representa las nalgas.

Algo por el estilo puede decirse de las diversas invenciones de los esquizofrénicos, en las que se pueden reconocer proyecciones de sus órganos (945, 1077). El impulso apremiante de hacer inventos es una proyección del impulso de desembarazarse de todas las molestias internas.

El hecho más notable acerca de todas estas máquinas —verdaderas réplicas del cuerpo del paciente— es que no se las utiliza en fantasías placenteras, sino que aparecen en realidad como objetos crueles en manos de perseguidores imaginarios, y en algunos casos como dobles de los perseguidores. La defensa ha convertido el placer erótico primitivamente deseado en una amenaza de horrible dolor.

Así como se proyectan sobre el perseguidor partes del cuerpo, pueden proyectarse también características mentales propias. Esta no ocurre solamente con la proyección del odio, que es básica en el delirio. También algunas actitudes y expresiones definidas que son atribuidas al perseguidor corresponden a rasgos del paciente, y con especial frecuencia a exigencias del superyó del paciente. En ese caso el perseguidor observa y critica al paciente. Los actos mismos de persecución representan proyecciones de la mala conciencia del paciente. Esta circunstancia, que de primera intención parece complicar más el cuadro, corrobora la teoría de que un objeto introyectado ha sido nuevamente proyectado, ya que el superyó es el resultado de la introyección de objetos externos. También los órganos afectados por conflictos hipocondríacos representan, a menudo, la conciencia. Las afirmaciones que anteceden pueden resumirse en la siguiente equiparación simbólica: *perseguidor = objeto homosexual = órgano que recibe una hipercatexis narcisista y es proyectado (heces, nalgas) = superyó proyectado.*

Donde se ve con mayor claridad la proyección del superyó es en las

ideas de referencia y las de ser influido (585). El paciente siente que es controlado, observado, influido, criticado, llamado a rendir cuentas de sí mismo y castigado. Las voces que oye le hacen objeto de críticas, que se refieren por lo común a sus actividades sexuales, que son descritas como sucias u homosexuales. El paciente oye que se le reprende por su homosexualidad y sus tendencias pregenitales, exactamente como si se tratara de padres severos que se dirigen a un niño malo. O bien las voces demuestran que están observando al paciente, por los comentarios que hacen acerca de lo que está haciendo (mientras lo está haciendo): "Ahora está comiendo, ahora está sentado, ahora se levanta". A menudo lo que las voces dicen son proyecciones de datos inconvenientes, provenientes de la autoobservación del paciente, tales como "¡está loco, es un insano!".

Un paciente que tenía un extremo temor social, del tipo eritrofóbico, temía que todo el mundo se estuviera riendo de él y diciendo que era "femenino". No era capaz de expresar exactamente en qué consistía esa feminidad. De todos modos, la gente lo miraba y comentaba que era homosexual. Este mismo paciente acostumbraba mirarse al espejo e imaginar que estaba enamorado de sí mismo, fantaseando primeramente que era un hombre apuesto y luego que era una hermosa mujer.

En un caso referido por Schilder, el perseguidor, apodado el "fisonomista", enumeraba todos los pecados del paciente mediante un complicado instrumento, lo cual corroboraba la interpretación que dio Tausk acerca de estos aparatos como dobles del cuerpo del paciente (1379).

Los delirios de esta índole no hacen otra cosa que aportar al paciente, desde afuera, lo que su conciencia autoobservadora y autocrítica realmente le está diciendo (69, 936, 1369). En concordancia con el origen auditivo del superyó (608), los reproches externos de esta clase son habitualmente *oídos* en forma de voces (11, 838). Algunas veces se producen delirios que expresan la idea de ser castigado, lo cual produce un alivio y aporta una justificación a la hostilidad del paciente. Son semejantes a los delirios de los melancólicos: ideas de estar arruinado, enfermo, ser feo, maloliente. En la mayor parte de los casos existe, sin embargo, una diferencia importante entre los reproches lanzados al paciente por las voces y los perseguidores, y los autorreproches de los deprimidos. En la esquizofrenia, y a causa de la proyección, los reproches vienen de afuera, por lo que se los siente habitualmente como injustificados.

El superyó normal es, por regla general, un objeto introyectado, del mismo sexo. El notable aumento de la tensión homosexual, en los esquizofrénicos, produce una resexualización de las (desexualizadas) catexis sociales y del superyó. Esto sucede ya sea porque se ha llegado a la homosexualidad como punto equidistante entre la heterosexualidad y el narcisismo, en el camino (regresivo) de la retracción de la libido, o por haber llegado a ella de resultas de un intento de recapturar los objetos, en el proceso de recuperación. Freud escribió, todavía antes de introducir su concepto del superyó, lo que sigue: "Las ideas de relación representan una forma regresiva de la conciencia, revelan la génesis de ésta y el por qué de la rebelión del paciente

contra ella" (585). De este modo, la lucha contra el superyó representa, una vez más, la lucha contra la propia homosexualidad del sujeto. "Se debe al hecho —escribe Freud— de que la persona desea librarse de todas estas influencias, comenzando con las de los padres, y retira de éstos su libido homosexual" (585). Pero los delirios superyoicos no son causados meramente por la defensa contra las tentaciones homosexuales. El superyó, esa parte de la mente que copia los objetos externos, constituye la parte de la personalidad que se halla, por así decirlo, más cerca de ser un objeto. En cierto sentido, el superyó es mitad yo y mitad mundo externo. De ahí que sus funciones sean las que más rápidamente aparecen cuando, consumada la regresión narcisista, el paciente desea recobrar el mundo de los objetos, pero es incapaz de hacerlo.

En un paciente con una esquizofrenia rápidamente progresiva, se veía, con especial claridad, el fenómeno de aferrarse a los objetos por miedo de perderlos. Trataba de inducir a todos, aun a los que le eran indiferentes, a largas conversaciones, con el solo objeto de crearse la sensación de que aún mantenía relaciones con la gente. Al mismo tiempo que había perdido toda otra relación de objeto, asumió proporciones sumamente acentuadas una grave angustia social (proyección del superyó). En todo lo que se refería a la gente, lo único que quería era saber qué pensaban de él y si hacía lo que de él esperaban. Elaboró, por último, ideas de relación. En su avidez de relaciones de objeto, no era capaz de alcanzar más que "relaciones superyoicas".

Las funciones del superyó, en este sentido, son también sombras del mundo de los objetos que el paciente ha perdido. La sensación de que se es mirado por todos es la expresión de un esfuerzo por recobrar la relación con todos.

La erotización de las funciones del superyó es un fenómeno que se presenta no solamente en las ideas de relación sino también en otros síntomas esquizofrénicos. Freud ve en ella la raíz de la inclinación a la sistematización de las tendencias paranoides (574).

Pero las creaciones del delirio no solamente se encargan de amenazar y castigar al paciente; aparecen también tentando al individuo y conduciéndolo al pecado, o debilitando su potencia sexual. Esto puede explicarse por el hecho de que, como en el caso del perseguidor, las alucinaciones y delirios de relación representan no solamente el superyó, sino también, al mismo tiempo, el (ambivalente) objeto amado. El deseo sexual dirigido hacia este objeto es percibido como una influencia sexual destructiva que emana de él.

Otras tendencias del delirio se elaboran de una manera análoga a la fórmula de la persecución: "Yo no lo amo, lo odio porque me persigue". La fórmula de la erotomanía, según Freud, es ésta: "Yo no lo amo, la amo a ella, porque ella me ama a mí" (574). A menudo se encuentran vestigios de este mecanismo incluso en esquizofrénicos que no presentan una neta erotomanía. Con frecuencia los pacientes masculinos se aficianan frenéticamente a las mujeres o tratan, en forma exagerada, de enamorarse. El

análisis demuestra que este desmedido amor hacia las mujeres, o este deseo de ser amado, es una defensa contra un amor inconsciente hacia los hombres. El delirio, en ese caso, se debe al uso exagerado de un mecanismo que puede observarse también en homosexuales latentes masculinos que se hallan lejos de convertirse en psicóticos. Muchos hombres, que tienen la sensación de hallarse en un estado de extrema nostalgia de amor femenino y se pasan el tiempo dedicados a la búsqueda de un objeto amoroso femenino, son incapaces de alcanzar nunca este objetivo. Lo que están haciendo con esta conducta es negar inconscientemente su homosexualidad. Sin percatarse de ello, estos pacientes transfieren su curiosidad, presuntamente dirigida a las mujeres, a aventuras eróticas entre mujeres y otros hombres, y en sus fantasías acerca de cómo actúan otros hombres para conquistar a una mujer, se identifican con la mujer. Otros pacientes, más cercanos a la psicosis, dan la impresión de que, en su búsqueda frenética de un objeto de amor, el sexo del objeto no desempeña un papel esencial. La clave de esto, en tales casos, es que el paciente se da cuenta vagamente de la inminencia de una pérdida de objeto, y se esfuerza por evitarlo aferrándose frenéticamente a un objeto.

Cuando este exagerado deseo de un objeto llega a proyectarse sobre una mujer, de modo tal que el hombre siente que lo están "persiguiendo con amor", se establece la erotomanía. Este tipo de delirio es más común entre mujeres que entre hombres; se presenta con especial frecuencia como una sensibilidad paranoica en mujeres que, fuera de esta esfera de delirio, parecen ser relativamente normales.

El delirio de celos sirve a la misma finalidad psicológica. La fórmula que sigue es: "Yo no lo amo, es ella quien lo ama" (574). El delirio de celos difiere de los celos normales o neuróticos en que los celos aparecen sin ninguna justificación objetiva. En el análisis resulta evidente que, cuando el paciente sospecha de su mujer, en realidad se interesa por el otro hombre. El paciente se esfuerza por desembarazarse de su homosexualidad por medio de la proyección (607, 1089). También en este terreno de los celos existen transiciones que van desde el psicótico definido hasta la conducta normal, y un poco de esa proyección de la homosexualidad puede hallarse en todos los casos de celos (véanse págs. 570 y sigs.). Comúnmente puede demostrarse que un hombre celoso no está irritado solamente porque su partenaire se interesa por otro hombre, sino también porque ese hombre le presta atención a ella y no a él. Los torturantes pensamientos de la persona celosa conducen a imaginar escenas de amor entre el partenaire y la tercera persona, y en estas fantasías, el hombre celoso se coloca inconscientemente en el lugar de la mujer (607, 897, 1035, 1207). Sterba señaló que esta circunstancia se halla expresada en el hecho de que la frase "estar celoso de" tiene un doble significado, puesto que es aplicable tanto a la persona infiel como al rival (1494). La persona que, para mantener su equilibrio psíquico, necesita la sensación narcisista de ser amado incondicionalmente, con frecuencia es una persona que está rechazando inconscientemente sus tendencias homosexuales (113, 426, 1314). Pero aun en personas neuróticas en las que el componente homosexual no desempeña más papel que el

normal, los celos pueden ser resultado de una proyección. La base de los celos, en estos casos, es una tendencia inconsciente a la infidelidad, que es proyectada sobre el partenaire (607).

El tipo de delirio litigante aún no ha sido bastante estudiado psicoanalíticamente. Su carácter narcisista es evidente, ya que estos pacientes consideran la demostración, para los demás, de su inocencia e integridad, como la cosa más importante del mundo. Puesto que esta demostración no se lleva a cabo a través de conflictos con tribunales y autoridades, es razonable suponer que en este tipo de delirio, tal como en los delirios de referencia, hay una proyección del superyó, especialmente en sus aspectos de crítica y de castigo. El rasgo sobresaliente en estos casos es la actitud hacia la autoridad que representa al superyó. Esta hostilidad se basa en una supuesta seguridad de sí mismo y una sobrestimación de la propia persona del paciente, que surgen de la regresión narcisista. La actitud hostil es racionalizada, de acuerdo con la tendencia paranoide a la sistematización. La proyección, una vez más, ni aparece ni falta, sino que se produce en un terreno en que se encuentra con la realidad a mitad de camino. El paranoide litigante ve "la paja en el ojo ajeno". En ninguna parte es tan evidente como aquí el tipo de defensa conocido como "desplazamiento hacia lo ínfimo". La mezquindad de estos pacientes fue descrita mucho antes del advenimiento del psicoanálisis, pero sin el auxilio de éste no fue posible reconocer la cosa "grande" de donde se ha desplazado ese afán tan peculiar. La sensación constante de ser tratado injustamente por todo el mundo es una defensa proyectiva contra el sentimiento opuesto, el de ser culpable. Es un intento del yo, que ha vuelto a la "inocencia" de un primitivo estado narcisista, de combatir los restos de un sentimiento de culpa al que se debe el comienzo de la regresión como defensa. Los conflictos que giran alrededor del sentimiento de culpa pueden representar, en última instancia, viejos conflictos con el padre, y las autoridades son combatidas de la misma manera en que el padre fue (o no fue) combatido en la infancia. Tal como en los delirios de relación, hay una sexualización (una "homosexualización") de las esferas de la culpa y el castigo. En este sentido, la necesidad que siente el paciente de una comprobación de su inocencia, es un intento de defenderse de sus impulsos homosexuales, en tanto que la lucha por obtener ese triunfo es precisamente una reactivación de esa misma homosexualidad que vuelve de la represión. Tal como en el caso de las ideas de relación, el conflicto homosexual puede señalar un punto intermedio en el proceso de regresión al narcisismo, así como puede ser el resultado de un intento de recuperación.

El análisis fragmentario de un caso de esta índole demostró que todas las luchas del paciente con la autoridad tenían por objeto demostrar que el padre había cometido con él una injusticia. El paciente había sido criado por el padre solo, a consecuencia de un divorcio que tuvo lugar cuando él contaba cinco años. Lo que el paciente quería probar ante los tribunales representaba inconscientemente la idea de que su padre había obrado mal con él al privarlo de la madre. Durante toda la infancia del paciente, la madre estuvo trabada en litigio con el padre. La tendencia a pleitear, de parte del paciente representaba una identificación con la madre. Había,

en la actitud de reproche hacia el padre, un inconsciente elemento homosexual. Su idea era que el padre, primeramente, lo había privado de la madre, y luego, a pesar de que vivían los dos solos, no colocó al niño en el lugar de la madre. En la imaginación del paciente, el padre había tratado igualmente mal al hijo y a la madre.

El factor que de hecho precipitó el divorcio de los padres fue un altercado que tuvieron acerca de la manera en que debía ser criado el niño. Padre y madre luchaban entre ellos por obtener la preferencia del niño, provocándose recíprocamente. El niño tomó parte activa en muchas de estas intrigas. En el cuadro clínico externo de este paciente no se advertía sentimiento de culpa alguno. La tremenda indulgencia de que había gozado y que le permitió conservar su primitivo narcisismo y enfrentar el mundo con el sentimiento de que él era la persona más importante dentro del mismo, le permitió también proyectar sus sentimientos de culpa. Realmente no se sentía culpable, pero este hecho de sentirse libre de culpa dependía de otro hecho: de su capacidad de obligar a las autoridades externas a confirmar su condición de inocencia. Para él esta confirmación demostraba la falsedad de la idea de que él había tratado de conseguir que la madre fuera expulsada del hogar. El único culpable era su padre. Inconscientemente, estaba solicitando una certificación de que él no había cometido ningún pecado que lo hiciera indigno del afecto del padre, que todo se debía a la arbitrariedad del padre para con él y con su madre. El hecho de que tuviera que ponerse en más y más pleitos, demostraba que no podía obtener la prueba que buscaba.

El sexo del paciente, según parece, no influye de una manera esencial en la estructura de los delirios. Fácilmente podría reemplazarse "él" por "ella", y viceversa, en las fórmulas con que Freud caracteriza los delirios de persecución, los de la erotomanía y los de celos. En un caso de celos paranoicos, de una mujer analizada a fondo por Ruth Mack Brunswick, el conflicto en relación con la homosexualidad seguía las mismas líneas del esquema trazado por Freud para los hombres. La paciente tenía una personalidad infantil, sus conflictos giraban alrededor de su relación preedípica con la madre y nunca alcanzó a tener un complejo de Edipo normal (1089). También en los delirios de persecución y los de referencia existe, probablemente, un estrecho paralelo. En el caso de una mujer paranoide, que, en aparente contradicción con la teoría general, se creía perseguida por un hombre, Freud demostró que el caso en realidad seguía la regla, ya que el hombre no era más que una figura que servía de pantalla para encubrir a una mujer (la madre) (587). El hecho de que la homosexualidad femenina tiene su raíz en los primeros vínculos preedípicos con la madre, y que tiende a hacer revivir todos los conflictos arcaicos de las más tempranas épocas pregenitales, se hace perceptible también en las modalidades paranoides que caracterizan la lucha femenina contra los impulsos homosexuales.

Algunos autores sugieren, sin embargo, que la analogía en la etiología de los delirios no es completa, y la existencia de la homosexualidad como base de los delirios paranoides no aparece con la misma regularidad en la mujer que en el hombre (142, 1358).

En la literatura psicoanalítica la paranoia no ha sido distinguida de la esquizofrenia paranoide en el mismo grado en que lo hacen los textos de psiquiatría (cfr. 968). Se puede suponer que los mismos mecanismos esen-

ciales actúan en uno y otro caso. En la paranoia propiamente dicha, una constelación de fuerzas psicológicas más afortunada permite un encapsulamiento definitivo del proceso patológico. La relación del paciente con la realidad parece estar rota en un solo punto, y la brecha es cubierta por el sistema delirante. La sistematización misma, más intensa que la que se produce como defensa en la neurosis obsesiva (véanse págs. 324 y sigs.), constituye un recurso que el yo paranoico emplea para lograr el encapsulamiento de los delirios. El apartamiento de la realidad no se produce de una manera brusca y completa, sino que es parcial. Freud dice que en los casos de paranoia de comienzo y desarrollo insidiosos, el delirio aparece en la personalidad, intacta en todos los demás aspectos, como un parche colocado exactamente en el lugar en que se produjo la primitiva grieta en el contacto con la realidad (611).

Hay una transición gradual entre los paranoicos clásicos y esos "excéntricos" cuyo yo ha consentido en "evitar una ruptura al precio de deformarse y someterse a perder algo de su unidad, o a la larga, a ser hendido y partido" (611) (véase pág. 520).

A menudo es dado hallar en los esquizofrénicos ideas delirantes de menor importancia, menos típicas y sistematizadas. Representan interpretaciones incorrectas de hechos reales, debidas a la orientación narcisista del paciente. Todo lo que ocurre tiene para éste un "significado especial" y es vivido dentro de un marco subjetivo e irracional de "relación". La proyección de las excitaciones temidas, sobre la naturaleza o sobre determinadas situaciones ambientales, de que nos ocupamos en la parte pertinente a la histeria de angustia (véanse págs. 235 y sigs.), ocurre de una manera más franca y evidente en la esquizofrenia.

Los delirios, en suma, como las alucinaciones, son mezclas de elementos perceptivos, pensamientos y recuerdos, sistemáticamente deformados de acuerdo con tendencias definidas. Estas tendencias representan deseos instintivos rechazados, así como también amenazas del superyó. También los delirios son susceptibles de ser interpretados en la misma forma en que se interpretan los sueños (905). En el análisis se revela el "núcleo histórico" cuya deformación ha dado lugar al delirio (630).

Cohn cuenta de un enfermo esquizoide que, fastidiado por una seria constipación y ansioso de lograr una evacuación violenta, se sintió tremendamente impresionado al ver un poderoso alud (283).

La idea delirante de una paciente, de haber dado muerte a sus hijos, resultó ser una elaboración del frecuente temor de que, a causa de la masturbación, podía haber malogrado su aptitud para tener hijos. El "núcleo histórico", en este caso, era el hecho de su masturbación infantil.

RELACIONES DE OBJETO Y SEXUALIDAD EN LOS ESQUIZOFRÉNICOS

En el capítulo sobre conducta impulsiva hemos descrito a los "adictos al amor" (véase pág. 430). También hay "adictos a los objetos", que no tienen una especial necesidad de amor, sino de una prueba más general de

su vinculación con el mundo de los objetos. Las personas de esta índole se aferran a todos y a todo. Se pegan a sus objetos, inspirados por un intenso temor de perderlos, están siempre descontentos y gravitan extremadamente sobre las personas de su contorno. Es harto fácil advertir que estos individuos son, o bien futuros esquizofrénicos que están luchando contra una pérdida inminente de objetos o ya verdaderos esquizofrénicos, en los cuales el citado síntoma constituye un intento de recuperación. Otros pacientes se aferran con la misma tenacidad, no a objetos, sino a sustitutos de objetos, a ideas de todo género, a obsesiones y monomanías, a inventos, a todo aquello que les significa una vinculación con el mundo de los objetos. Las representaciones de esta índole, que han perdido todo lo que tenían de concreto y de real, a menudo no corresponden más que a simples abstracciones. Muchos esquizofrénicos están llenos de ideas de salvar el mundo, ideas que son una proyección del hecho de darse cuenta que ellos mismos tienen necesidad de ser salvados de perder los objetos.

Muchos pacientes esquizofrénicos son capaces de reacciones de transferencia muy repentinas e intensas, tanto reacciones de ternura como sensuales u hostiles. El carácter fugaz y nada sólido de todas estas reacciones demuestra que los pacientes, abandonando su estado narcisista, están realizando un intento de tomar contacto con el mundo objetual, pero que sólo pueden lograrlo en forma de arranques bruscos y por cortos períodos de tiempo. La violencia considerable que caracteriza sus esfuerzos se debe al temor de perder nuevamente los objetos. Las numerosas y diversas manifestaciones sexuales de los esquizofrénicos, que constituyen una verdadera mezcla de todos los niveles del desarrollo libidinoso, parecen ser otros tantos intentos de recuperación de esta índole. El carácter específico de estas manifestaciones es determinado por puntos secundarios de fijación escalonados entre la primigenia, decisiva fijación narcisista y la primacía genital. Aparecen actividades autoeróticas de toda clase; dificultades en la alimentación que van desde el rechazo de los alimentos hasta la bulimia (230, 1578); manifestaciones primitivas de erotismo anal, tales como la incontinencia, la manía de embadurnar y la coprofilia; formas primitivas de relación con los objetos, fines de incorporación (57, 68, 1172), y sobrevaloración mágica de las funciones excretoras (19). Las manifestaciones francas del complejo de Edipo son tan visibles que fueron las que primero llamaron la atención de los psicoanalistas (181, 228, 806, 808, 973, 1506, 1584). Sin embargo, los impulsos genitales aparecen habitualmente en constante competencia con los pregenitales (1265), de modo tal que la primacía genital, al parecer, nunca ha sido muy vigorosa en las personas predisuestas a la esquizofrenia.

Todas las manifestaciones derivadas de la evolución anterior del paciente pueden revivir ya sea como síntoma de la tendencia a la regresión narcisista, ya en el curso de los intentos de recuperación.

PECULIARIDADES DEL LENGUAJE EN LOS ESQUIZOFRENICOS

Freud demostró que la forma notable en que los esquizofrénicos usan las palabras debe ser interpretada también como un fenómeno dirigido a la recuperación. "El paciente dedica a veces un cuidado especial a su manera de expresarse, que se convierte en primorosa y elaborada. La construcción de las frases sufre una desorganización peculiar, que las hace tan incomprendibles para nosotros, que las observaciones del paciente parecen carentes de sentido. A menudo se destaca especialmente, entre lo que se le oye proferir, algo que atañe a órganos o inervaciones corporales. En la esquizofrenia las palabras son sometidas al mismo proceso que convierte los pensamientos del sueño en las imágenes del sueño, y que hemos llamado proceso primario" (590). Freud explica este notable comportamiento en el lenguaje mediante la hipótesis de que el esquizofrénico, en su intento de recuperar el mundo de los objetos, recupera algo, pero no todo lo que desea. En lugar de las representaciones objetales perdidas, sólo consigue recuperar sus "sombras", es decir, las representaciones verbales: la pérdida de los objetos le obliga a reemplazar las representaciones de objeto con las representaciones verbales, comportándose con éstas en la misma forma en que el neurótico lo hace con las representaciones de objeto (590). Esta hipótesis ha sido posteriormente confirmada y elaborada por varios autores (931, 932, 1146, 1168, 1377, 1583).

El esquizofrénico maneja las exageradas funciones de observación y de crítica, del superyó, del mismo modo como que maneja las palabras. También estas funciones son sombras del mundo de los objetos perdidos.

No todas las peculiaridades del lenguaje esquizofrénico son de este carácter. La rareza, las estereotipias, los moldes arcaicos del pensamiento (véanse págs. 472 y sigs.), y por último —aunque no último en importancia—, el marco subjetivo de referencia que caracteriza al paciente, que le hace usar las palabras con un significado desconocido para el interlocutor, complican sus expresiones verbales.

LOS SINTOMAS CATATONICOS COMO FENOMENOS DE RESTITUCION

Una tendencia a la recuperación, dirigida hacia el mundo perdido de los objetos, es también la raíz de muchos síntomas catatónicos. Jung, en el primero de todos sus trabajos sobre la esquizofrenia, reconoció en las estereotipias y los manierismos intentos mórbidos de recuperar o retener las relaciones de objeto que se escapan (905, 906). Esto fue confirmado y elaborado en diversas formas (1016, 1171, 1558). En el capítulo sobre el tic dijimos que los gestos y las expresiones mímicas constituyen un modo arcaico, muy importante, de comunicación con los objetos. Su patología (patognomía) no ha sido aún bastante estudiada desde el punto de vista psicoanalítico (986). Las perturbaciones más groseras de los catatónicos demuestran no solamente que sus emociones frente a los objetos se hallan en conflicto entre sí, sino

que los pacientes ya no son de ningún modo capaces de emociones completas. Las estereotipias y los manierismos son sustitutos de las emociones, alusiones a las emociones, carentes ya de un objetivo de comunicación. Estos "residuos emocionales" han perdido su conexión entre ellos mismos y con la personalidad total; este hecho se refleja en el término esquizofrenia. Sin embargo, muchas estereotipias y manierismos, y actos raros, más que meros síntomas de la pérdida de las relaciones de objeto, constituyen intentos activos de recuperar esas relaciones. Del mismo modo en que capta las palabras y las críticas, en vez de captar objetos o amor, el paciente capta extrañas expresiones mágicas, ininteligibles para el espectador, en vez de emociones completas dirigidas hacia los objetos. Esa "sonrisa sin sentido" —tantas veces citada— de los esquizofrénicos, es característica de un intento infructuoso de recuperar el contacto perdido. En algunas expresiones mímicas, o actos raros, todavía se pueden reconocer los primitivos impulsos sensoriales o (más frecuentemente) hostiles que no han podido expresarse plenamente (70). Hemos mencionado ya el significado mágico del juego infantil de "hacer muecas" (véase pág. 361). Algunas expresiones mímicas catatónicas parecen caricaturas de este juego (981). Fromm-Reichmann ve en las estereotipias un compromiso entre la tendencia a expresar ciertos impulsos objetales (tiernos u hostiles) y la tendencia a refrenarlos por miedo al rechazo (660). La desintegración de la personalidad convierte la expresión íntegra de las emociones en las meras alusiones que son las estereotipias.

La ecolalia, la ecopraxia y la obediencia automática también pueden ser consideradas como intentos primitivos de recuperar el contacto. El bebé ha adquirido la aptitud de utilizar expresiones mímicas para establecer contacto con otras personas mediante la imitación de los gestos y ademanes de las personas que lo rodean, utilizando el mecanismo de la identificación primaria. Los pacientes catatónicos tratan de recuperar lo que han perdido mediante el regreso a este mecanismo primitivo. A menudo su gesticulación tiene la intención de imitar la gesticulación de otras personas, pero esta intención fracasa y los gestos resultan "vacíos" y "sin sentido". Hay otra circunstancia que contribuye a que la imitación de los gestos se transforme en una especie de caricatura de los mismos: los impulsos hostiles rechazados, todavía (o de nuevo) en vigor, encuentran su expresión a través de las modalidades de la imitación. Vemos, en este caso, extraños manierismos que no sólo imitan cosas que han ocurrido en el pasado, sino que "anticipan" también, a guisa de "gestos mágicos", la conducta futura que se desea de parte de otras personas (983, 985).

La rigidez catatónica refleja un conflicto entre el impulso de actuar y la defensa contra el mismo. Ferenczi hizo la observación de que la catatonía es realmente una cataclonía, una alternación de alta frecuencia entre impulsos de activación e impulsos de inhibición (492).

En los espasmos musculares de los histéricos y en los fenómenos distónicos de las personas normales, hay también una lucha entre impulsos de movimiento e impulsos inhibidores. Pero en estos casos ambos tipos de impulsos expresan relaciones inconscientes con los objetos. En la catatonía los dos impulsos son narcisistas

y están centrados en la lucha por la recuperación de los objetos. La relación entre un hipertono distónico y la rigidez muscular catatónica es la misma que existe entre la introversión de los neuróticos y la orientación narcisista de los esquizofrénicos.

Otras actitudes catatónicas parecen tender, más que a la recuperación de objetos, a la negación de sentimientos displacientes o del hecho de darse cuenta de estar enfermo. Muchas expresiones mímicas catatónicas parecerían, infructuosamente, querer decir: "¡Ya ven que no soy un insano!" En estados de regresión aún más profundos, las expresiones de esta índole son cada vez menos específicas, hasta que en cierto momento aparecen "actos de arrebato" que parecen no ser más que movimientos incoordinados de descarga, tendientes a aliviar una tensión extrema (habitualmente expresada en una rigidez muscular general "cataléptica"). En algunos casos esta tendencia a librarse a toda costa de las tensiones internas puede conducir a extremos que parecen sobrepasar toda consideración de autoconservación (cfr. 204). Repetidamente se ha hecho el relato de autocastraciones en casos de esquizofrénicos. Estos actos son probablemente comparables, psicológicamente, a las autocastraciones llevadas a cabo por fanáticos religiosos que, mediante una negación tan radical de sus deseos sexuales activos, tratan de recuperar la "pacífica unidad con Dios", es decir, una extrema sumisión pasiva, que más que ser femenina, tiene el carácter "océánico" de la primera infancia (1127, 1131). El hecho de que los actos de esta índole son realizados en estados de profunda regresión, trae a la mente el reflejo biológico arcaico de la autotomía, en el que la gratificación instintiva y la defensa contra los instintos son todavía una y la misma cosa. Estas finalidades arcaicas aparecen más fácilmente en los estados de regresión cuando la esfera del superyó ha sido sexualizada.

LA RUPTURA CON LA REALIDAD

El hecho de que el apartamiento de la realidad de parte del paciente constituye el núcleo de la esquizofrenia, puede describirse desde dos puntos de vista diferentes. El primero de ellos subraya la similitud entre la esquizofrenia y las neurosis. Las psicosis, tanto como las neurosis, tienen como base el hecho de que el organismo reacciona a los conflictos mediante la regresión, si bien la profundidad de la regresión no es la misma en los dos casos. Para la primera infancia no existe "realidad"; una ulterior "pérdida de la realidad" representa una regresión a esa temprana época. El yo retorna a su primitivo estado indiferenciado, vale decir, se disuelve total o parcialmente en el ello, el cual no tiene conocimiento de los objetos y de la realidad.

El segundo punto de vista destaca el contraste entre psicosis y neurosis. Según Freud (611) la comparación puede hacerse del modo siguiente: en los dos casos se produce un conflicto básico entre el ello (un impulso instintivo) y el mundo externo. El yo del neurótico obedece al mundo externo y se vuelve contra el ello mediante la iniciación de una represión. El yo del psicótico, por el contrario, se aparta del mundo externo, que pone límites

a su libertad instintiva. Este contraste no va mucho más allá de esto, sin embargo. Si por un lado el yo del neurótico, volviéndose contra el ello, cumple con las exigencias que le plantea el mundo externo, no puede decirse sin más que el yo psicótico, volviéndose contra el mundo externo, toma el partido del ello. Esto puede ser verdad para cierto número de casos de psicosis alucinatoria, que son la minoría (62); en la mayor parte de los casos de esquizofrenia parece ser que el apartamiento de la realidad no obedece al propósito de lograr mayor placer instintivo, sino al de combatir las tendencias instintivas dirigidas hacia los objetos. La realidad es repudiada, más que por sus efectos de frustración, por las tentaciones que encierra (663)

La siguiente cita de Freud demuestra que el apartamiento de la realidad, en los esquizofrénicos, puede ser no tanto una ruptura con los aspectos de la realidad que implican prohibición o castigo, como con sus aspectos tentadores: "Tomaré, por ejemplo, un caso que fue analizado hace muchos años. Una joven que estaba enamorada de su cuñado, y cuya hermana se estaba muriendo, se sintió horrorizada ante este pensamiento: '¡Ahora está libre y puede casarse conmigo!' Esta escena fue instantáneamente olvidada, y de este modo fue puesto en marcha el proceso de represión que condujo a sus dolores histéricos... La reacción psicótica habría sido una negación del hecho de la muerte de la hermana" (614). Pero la muerte de la hermana no es una amenaza de castigo, sino una tentación.

Esto resulta especialmente claro en el análisis de las ideas de persecución. Posteriormente Freud puntualizó especialmente que este contraste no es decisivo, ya que en los psicóticos también hay contratexis contra el ello y en los neuróticos pueden también observarse señales de apartamiento de la realidad por negarse inconscientemente a aceptar hechos desagradables, como es, por ejemplo, el caso de negar la ausencia de pene en la mujer (621, 633, 635).

En la neurosis deben distinguirse dos pasos: a) la represión de la exigencia censurable del ello, y b) el retorno de la misma bajo una forma desfigurada. En el desarrollo de las psicosis pueden observarse dos pasos análogos: a) el apartamiento de la realidad, y b) los intentos de recuperar la realidad perdida (614).

Existen, sin embargo, como lo ha destacado Freud, diferencias características (614). En las neurosis, el segundo paso —el retorno de lo reprimido que vuelve de la represión— es el más importante en la génesis de la enfermedad; en las psicosis, lo que produce el resultado patológico es la pérdida de la realidad. En las neurosis, el ello, del cual ha tratado de defenderse el yo, se afirma contra éste mediante el segundo paso. En las psicosis, el mecanismo tiene algo de similar, ya que las partes de la realidad que fueron repudiadas pueden reaparecer a pesar de las defensas del yo; en mayor grado, sin embargo, es otra vez el ello (y a veces el superyó) el que, en sus intentos de combatir a la realidad frustradora y lograr gratificación, caracteriza el segundo paso.

De acuerdo con la distinción entre síntomas regresivos y de recuperación, cabía esperar que todas las psicosis habrían de comenzar con síntomas de

la primera clase, es decir, con la sensación de que se está acercando el fin del mundo, hipocondría, despersonalización, delirios de grandeza y ciertos síntomas catatónicos, en tanto que síntomas tales como las fantasías de salvación del mundo, las alucinaciones, los delirios, las manifestaciones de la sexualidad infantil, las peculiaridades esquizofrénicas del habla y las estereotipias habrían de aparecer solamente en el curso posterior del proceso esquizofrénico. Y éste es el caso, en realidad, en muchas esquizofrenias. La mayor parte de las veces las fantasías de destrucción del mundo, la hipocondría y la despersonalización son descritos como "síntomas iniciales", mientras que los delirios sistematizados aparecen más tarde. Los casos, menos frecuentes, en que el orden de los síntomas es diferente, no contradice necesariamente la teoría. No es preciso que la pérdida de los objetos sea brusca y total. Hay oscilaciones cuantitativas entre renuncia al mundo de los objetos y amagos de recuperación. Esto es particularmente evidente en los casos paranoides de comienzo y desarrollo insidioso. Los primeros síntomas que se advierten pueden ser intentos de recuperación, pero antes de esto ha habido un período de renuncia al mundo objetual que ha escapado a la observación.

Los factores precipitantes de las psicosis (403, 830, 1086, 1628) no son esencialmente diferentes de los factores precipitantes de las neurosis. O bien se trata de aumentos cuantitativos de la tensión instintiva, tal como resulta patente en el hecho de que la esquizofrenia comienza a menudo en la pubertad (demencia precoz), o ya de circunstancias que estimulan la reprimida sexualidad infantil —especialmente la homosexualidad y el erotismo anal (452, 790)—, o de experiencias que parecen justificar o aumentar las ansiedades y sentimientos de culpa infantiles (véanse págs. 507 y sigs.).

Los factores precipitantes y la disposición forman, también aquí, una serie complementaria (596). A menudo las psicosis se inician en el transcurso de ciertas crisis, es decir, cuando, a raíz de cierta experiencia, se perturba el equilibrio que hasta entonces ha prevalecido, y cuando los métodos habituales de defensa del yo han dejado de ser suficientes. French y Kananin describieron varios casos en los cuales el derrumbe se produjo a continuación de ciertos acontecimientos externos que sirvieron para demostrar el carácter deficiente de los métodos de adaptación del yo (533).

Sin embargo, la psicosis que ha sido precipitada de esta manera, más que un tipo nuevo y patológico de adaptación, representa el derrumbe de toda forma de adaptación. Los síntomas de recuperación pueden ser considerados como el primer intento de restablecer algo semejante a una "adaptación". Cuando se ha logrado una nueva adaptación, la psicosis está curada, aunque posiblemente de una manera incompleta y por medio del desarrollo de rasgos de carácter patológico o de otras cicatrices, factibles de demostrar, dentro de la personalidad.

No sólo los factores precipitantes, sino las primeras reacciones a los mismos, incluso, son iguales en las psicosis y en las neurosis. Consisten en una reactivación e intensificación de impulsos sexuales infantiles. El complejo de Edipo es un factor esencial. En efecto, parece que, en los casos de fijación especialmente intensa en el complejo de Edipo, se creara una predis-

posición a la psicosis, y de hecho se descubren, con bastante frecuencia, en la historia de los esquizofrénicos, gratificaciones edípicas anormales (1411). Parece ser, sin embargo, que la genitalidad es más bien débil, y que el complejo de Edipo se ha estructurado sobre una base pregenital.

La manera en que el paciente se defiende contra este despertar de sus conflictos instintivos infantiles es decisiva para la diferencia entre psicosis y neurosis. El psicótico "rompe con la realidad".

Esta "ruptura" puede ser descrita como un mecanismo muy arcaico de defensa, análogo al desmayo como respuesta a un trauma (véanse págs. 142 y sig.). Cuando el yo pasa por malas experiencias, se renuncia nuevamente al yo. Una tendencia a aplicar este mecanismo arcaico de defensa puede ser la esencia de lo que se llama "fijación narcisista".

La suposición de que esto se debe a la fijación a una época anterior a la estructuración del concepto de realidad, reduce el problema de la etiología al del origen y naturaleza de la fijación narcisista. Es forzoso admitir que hasta ahora no se sabe nada específico ni en cuanto a factores constitucionales ni sobre experiencias personales que puedan ocasionar la tan nociva fijación narcisista. Es forzoso admitir que hasta ahora no se sabe nada específico ni en cuanto a factores constitucionales ni sobre experiencias personales que puedan ocasionar la tan nociva fijación narcisista. La disposición narcisista se vincula por cierto (sin ser igual) a la constitución oral que hemos descrito al ocuparnos de las psicosis maniaco-depresivas. En cuanto a la existencia de experiencias patógenas importantes en la infancia, si bien cabe ser postulada en teoría, no existen, en la esquizofrenia, hallazgos concretos que la hagan tan probable como en los trastornos maniaco-depresivos. Las fijaciones patógenas de la esquizofrenia pueden considerarse, por vía de hipótesis, vinculadas a una etapa aún anterior a la que encontramos en las depresiones, que sería, en la clasificación de Abraham (26), el período oral más temprano (carente de objetos), que precede a la etapa sádico-oral. Cabe suponer que ciertos factores orgánicos desconocidos dan lugar a la funesta profundidad de la regresión, o contribuyen a ella. Quizás la típica anamnesis infantil de la esquizofrenia refleja, más que un trauma determinado de la época más temprana, una serie de impedimentos de carácter general en todas las actividades vitales, especialmente en las actividades dirigidas hacia los objetos. Es muy probable que los casos que se producen representen diferentes combinaciones de estas tres posibilidades: disposición orgánica, traumas tempranos e impedimentos múltiples.

Algunos autores han intentado hacer la distinción entre el "uso de mecanismos esquizoides sobre una base psicogénica" y los "verdaderos procesos esquizofrénicos", incluyendo en la primera categoría los casos en que los traumas e impedimentos dan lugar a una regresión narcisista y reservando el nombre de "procesos esquizofrénicos" para los casos en que lo decisivo son factores orgánicos (desconocidos) (362, 670). Si esta distinción pudiera ser realmente aplicada, sería de gran ayuda en la problemática cuestión del pronóstico. Algunas veces un yo, por lo demás intacto, es capaz de caer,

para rehuir una realidad displaciente, en "episodios esquizofrénicos" de corta duración, que son los que en la terminología antigua fueron denominados "psicosis histérica" o "amencia" (véanse págs. 150 y 478). En la mayoría de los casos, sin embargo, intervienen a la vez las influencias psicógenas y la disposición orgánica, constituyendo una serie complementaria.

Gerö se ocupó de los criterios a ser usados cuando es aplicado a las psicosis el criterio de la psicogenicidad (670).

La mejor manera de comprender lo que ocurre después de una verdadera regresión consiste en considerarla como resultado de la lucha en torno a la recuperación. Los puntos de fijación ulteriores parecen ser de gran importancia para el contenido ideacional de los síntomas. Sus relaciones psicoeconómicas determinan los cuadros clínicos y sus cambios.

La esquizofrenia en los niños constituye un tema sumamente controvertido (185, 186, 266, 310, 734, 1487). Desde el punto de vista psicoanalítico puede decirse, en general, que las psicosis infantiles representan, más que "regresiones", perturbaciones graves en el desarrollo del yo, el cual conserva de ese modo un número mayor o menor de características arcaicas (1487).

Una comprensión psicoanalítica de los fundamentos psicológicos de los fenómenos esquizofrénicos apunta hacia el hecho de una íntima relación entre esquizofrenia y trastornos maniaco-depresivos. Tanto aquella como éstos tienen por base una regresión narcisista, la consiguiente pérdida de los objetos y el deterioro de la estructura del yo y de la capacidad de juicio de realidad. Esta similitud dinámica tiene su reflejo en cierta semejanza clínica. Existen realmente casos en que se observa una mezcla de rasgos de ambas enfermedades, casos tales, por ejemplo, como los estados catatónicos periódicos o los delirios de persecución en las melancolías. Esta relación suministra un argumento en contra de la utilización de las diferencias existentes entre los fenómenos esquizofrénicos y los maniaco-depresivos para la clasificación de los tipos de carácter en general (véase pág. 586).

CASOS MARGINALES

Los mecanismos esquizofrénicos son distintos de los mecanismos neuróticos. No es verdad, desde luego, que las psicosis sean una especie de neurosis en grado mayor. Es posible que una misma persona llegue a elaborar los dos tipos de mecanismos. Hay personas neuróticas que, sin hacer una psicosis completa, tienen ciertos rasgos psicóticos, o una facilidad especial para el empleo de mecanismos esquizofrénicos cada vez que padecen frustraciones. Se trata a veces de personas a las que se puede dar el nombre de esquizofrénicos potenciales, es decir, que aún no "han roto con la realidad", si bien presentan ciertas signos de haber iniciado tal ruptura, y que, en circunstancias desfavorables de la vida, pueden convertirse en psicóticos. O bien son personas que han "canalizado" su predisposición esquizofrénica,

por decir así, excéntricos que son "locos" en una esfera más o menos circunscrita y en todo lo demás conservan su contacto normal con la realidad.

Las personas que, sin tener una verdadera psicosis, presentan, sin embargo, rasgos aislados o mecanismos de tipo esquizofrénico, han recibido los nombres de "esquizoides", "esquizofrenia mitis", "esquizofrenia ambulatoria" u otros semejantes. El empleo de términos de esta clase no significa que el psiquiatra no se halle en condiciones de establecer si en tales casos se trata de una neurosis o una psicosis. En cuanto a los mecanismos patogénicos en acción, se trata en realidad de ambas cosas a la vez. No se trata de que el curso de un proceso interno nos mostrará, al fin de cuentas, si el paciente ha tenido o no una psicosis, sino de que son las circunstancias las que decidirán si la predisposición psicótica va a recibir una nueva provocación o, por el contrario, se verá atenuada.

A este grupo pertenecen los psicópatas extravagantes, los paranoicos abortivos, los numerosos individuos "apáticos" a quienes se podría llamar personalidades hebefrenoides, todos aquellos tipos que, en su vida adulta, recuperan o conservan una gran parte de su narcisismo primitivo, porque son capaces de responder a las heridas narcisísticas con simples negaciones y con un aumento protectivo del narcisismo. Estos pacientes tienden a reaccionar a las frustraciones con una pérdida de las relaciones de objeto, si bien esta pérdida es a menudo solamente parcial y temporaria. Los síntomas de pérdida de objetos pueden producirse en combinación con depresiones o con manías, con sensaciones hipocondríacas, con una impresión de extrañamiento en los órganos, con estereotipias limitadas y normas raras de conducta, o con otros signos de una actitud narcisista intensificada (203, 1635).

A pesar de la opinión contraria de algunos psiquiatras, existen incluso transiciones entre pseudoalucinaciones y alucinaciones reales, y entre sueños diurnos y delirios (1373, 1382). A menudo se producen ideas de típico contenido delirante mientras el paciente aún conserva toda su capacidad de juicio de realidad. El paciente mismo no cree en esas ideas y las llama "locas", por lo cual, por definición, no pueden considerarse delirios, sino que representan "sueños diurnos", con el mismo contenido ideacional de los delirios típicos. Sin embargo, en circunstancias adversas, y mediante mínimas alteraciones económicas, la capacidad de juicio de realidad puede perderse, convirtiéndose los sueños diurnos de esta clase en delirios (607).

Las ideas de relación abortadas pueden estar sujetas, en el comienzo de su desarrollo, o bien continuamente, si se trata de personalidades esquizoides, a las críticas del paciente mismo. "Siento como si todo el mundo me estuviera mirando, como si todo el mundo supiera lo que estoy pensando; por supuesto, esto no es verdad". O bien: "Tuve la idea alocada de que alguien podría colocar un micrófono en la habitación para descubrir lo que estoy pensando". Un paciente hipocondríaco dijo cierta vez en el análisis: "Ahora se me ocurre decir que mis pensamientos me los coloca usted en la cabeza. Yo sé, naturalmente, que esto no tiene sentido, pero esto es lo que siento".

Con bastante frecuencia resulta imposible distinguir entre una "angustia social",

es decir, un temor de ser criticado por los demás en el futuro, y las ideas delirantes de ser criticado actualmente. Freud describió el juicio crítico que, desde el comienzo, puede mantener vigilancia sobre ideas paranoides ya presentes (607).

Los neuróticos obsesivos padecen, a menudo, la idea obsesiva de haber cometido un asesinato, y se sienten obligados, a pesar de advertir la absoluta irrealidad de esto, a demostrarse a sí mismos la falsedad de su obsesión. Esto es muy diferente de una idea delirante de haber dado muerte a un hombre. Pero hay "neuróticos obsesivos esquizoideos" en quienes la fantasía se presenta a veces en forma de obsesión, otras veces como delirio (habitualmente como obsesión, pero en determinados casos de violento esfuerzo mental, como delirio).

El caso siguiente estaba más cerca, por cierto, de la esquizofrenia que de la neurosis obsesiva. Se trata de un paciente que, a continuación de una disputa con su madre, abandonó la casa en un estado de ánimo muy alterado. Le asaltó entonces la duda sobre si la había matado a golpes, lo cual era una idea obsesiva frecuente en él. Pero esta vez tuvo la sensación repentina de que efectivamente había cometido tal acto. Fue a la policía y declaró haber dado muerte a su madre. Una vez que el agente enviado a casa de la madre volvió al local de la policía y le dijo que no era cierto, el paciente "recordó" que no había cometido realmente el pretendido asesinato.

Algunas formas de creencia en la omnipotencia del pensamiento, así como algunas formas de lo que Freud llamó "delirio neurótico obsesivo" (567), deben ser incluidas entre estos estados clínicos de transición. Algunas veces los movimientos compulsivos y los tics no pueden ser debidamente distinguidos de las estereotipias, especialmente cuando se han hecho enteramente automáticos (1018).

Los casos en que la capacidad de juicio de realidad hace quiebra por ciertos períodos de tiempo para reaparecer en otros períodos, deben distinguirse de aquellos casos de verdadera esquizofrenia en que los pacientes han aprendido a ocultar sus verdaderas creencias porque comprenden que los demás no creen en sus delirios y que lo pasarán mejor simulando no creer tampoco ellos en los mismos. Un médico puede, en su intento de convencer a un paciente de la falsedad de sus ideas, lograr un "éxito de transferencia", haciendo que el paciente aprenda a hablar tal y como se da cuenta que se espera de él que hable, pero sin que haya mediado ningún cambio real en su discernimiento. Los períodos de (pseud) discernimiento y de delirio pueden reflejar simplemente, en este caso, períodos de contacto transferencial con el médico y períodos de pérdida de objeto o predominio de sentimientos de transferencia negativa, respectivamente.

Más frecuentes que los casos de delirios parciales, alucinaciones parciales o estereotipias parciales, son los casos de pacientes esquizoideos en los cuales los síntomas interesan solamente a la conducta emocional. Las emociones, en estas personas, parecen generalmente de carácter inadecuado. A menudo las emociones faltan completamente en situaciones en que era de esperar que existieran. Una falta de emociones que se debe, no a una mera

represión, sino a una verdadera pérdida de contacto con el mundo de los objetos, produce al espectador una específica impresión de "extravagancia". Ocurre frecuentemente que una falta de emoción es bruscamente interrumpida por accesos emocionales repentinos e incomprensibles. En otros casos las emociones parecen relativamente normales, siempre y cuando se llenen ciertas condiciones, por ejemplo, siempre que el paciente esté en condiciones de sentir que "las cosas todavía no se han puesto demasiado serias". Los pacientes aparentan ser normales porque han logrado reemplazar, con "pseudos contactos" de diversa índole, el verdadero contacto afectivo con los demás. Actúan "como si" tuvieran relaciones afectivas con la gente (331, 333). Estos pacientes pueden estar rodeados de mucha gente y entregarse a numerosas actividades, pero no tienen verdaderos amigos. A menudo las personalidades esquizoideas conservan una relativa normalidad mientras se den ciertas condiciones de seguridad, pero se vienen abajo tan pronto como estas condiciones se desvanecen. Dichas condiciones constituyen circunstancias que los mantienen en contacto con el mundo de los objetos. Para las personalidades paranoides, la más frecuente de estas condiciones es la de tener "secuaces". Siempre y cuando la gente cree en ellos y en su misión, estos pacientes siguen aferrados a la realidad, pero cuando los secuaces empiezan a decir "este hombre está loco", se derrumba. La dificultad del contacto con las personas esquizoideas estriba también en el hecho de que, si bien se hallan lejos aún del uso esquizofrénico de las palabras, a menudo no vinculan a los términos que usan el mismo sentido que les da la gente normal. El sentido de las palabras está determinado, para ellos, por su sistema autístico de orientación, desconocido para el que escucha.

La imposibilidad de un desahogo emocional adecuado se manifiesta también en otras formas. Habitualmente, es una extrema tirantez interna que se hace sentir a través de una hipermotilidad o una rigidez hipertónica ocultas tras de una máscara externa de tranquilidad. Otras veces, por el contrario, es una extrema apatía hipotónica. Los residuos de emociones, o los sustitutos de las emociones, habitualmente tienen relación con rabia y agresividad, o bien con homosexualidad.

Una descripción muy buena de estos tipos ha sido hecha por Zilboorg (1635).

Los tipos esquizoideos pueden presentar una gran variedad de cuadros clínicos. En un extremo se hallan los "niños prodigio", dotados de cierta clase de talento unilateral (autísticos), y cuya extraña conducta es indulgentemente pasada por alto a causa de su capacidad de transmitir su proximidad al inconsciente y hacer con ello que su presencia resulte fascinante para su público, aun cuando ellos, por su parte, pueden no tener ninguna clase de interés afectivo por ese público. El otro extremo puede estar representado por los hebefrenoides, que producen una impresión un tanto estúpida y que, de una manera vacía y pálida, viven una existencia más bien vegetativa, totalmente empobrecida en el aspecto de la vivacidad afectiva.

Desde un punto de vista práctico, la tarea más importante sería la de distinguir entre los pacientes que se hallan en peligro de convertirse en

psicóticos y necesitan un cuidadoso tratamiento profiláctico, y los que, mediante algún tipo de excentricidad, quedan a cubierto de un derrumbe psicótico de carácter más serio. Esta diferencia es similar a la que existe entre esquizofrenia paranoide y paranoia auténtica. La diferencia está determinada, desde luego, por las condiciones psicoeconómicas del caso, pero se necesita de todos modos una buena dosis de intuición para decidir si un paciente pertenece a la primera de estas categorías o a la segunda.

EL PROBLEMA DEL PRONOSTICO

La dificultad de lograr una exacta comprensión de la economía de las fuerzas que determinan el curso de la psicosis hace que el pronóstico resulte sumamente difícil. Aun cuando consigue restablecer relaciones, el esquizofrénico puede seguir propenso a un colapso en el caso de producirse nuevos acontecimientos precipitantes. Fácilmente se echa de ver que todos los factores ambientales que sean de carácter placentero y atrayente influirán en el paciente en un sentido favorable a la salud, y todos aquellos que impliquen un desengaño o den lugar a una tentación, lo empujarán a la enfermedad. En cambio, es mucho más difícil precisar qué factores concretos serán de carácter placentero y atrayente para el paciente, ya que muchos pacientes perciben como una amenaza experiencias que serían atrayentes para una persona normal. De ahí que sea necesario, para dictaminar acerca del pronóstico, un diagnóstico dinámico sobre el carácter dinámico-económico y la profundidad de la pérdida de objetos, así como de la intensidad de la predisposición (orgánica) a la misma. Ante todo, la vida pasada del paciente —la historia de sus respuestas emocionales inadecuadas— puede darnos la información necesaria. En general, todos los casos agudos (especialmente los de carácter reactivo, aquellos en que la reacción psicótica es una respuesta inmediata a una frustración aguda y grave o a una herida narcisística) permiten abrigar mayores esperanzas que los casos crónicos que se desarrollan con lentitud. Los casos que en su comienzo presentan una intensa angustia parecen ser mejores que aquellos en que se produce la "capitulación" frente al proceso esquizofrénico sin mayor protesta. Sucede a veces que episodios esquizofrénicos repentinos, que ocasionan una impresión de gravedad a causa de la completa ruptura con la realidad a que dan lugar, se producen como respuesta a una frustración aguda o a un esfuerzo violento, y pasan completamente y relativamente pronto (1213). Probablemente este tipo de episodio esquizofrénico agudo, de pronóstico favorable, sea la forma en que ciertas personas perturbadas reaccionan a un esfuerzo excesivo (véase pág. 151). El hecho de que el carácter agudo sea más favorable explica la paradoja de que a veces casos que parecen mucho peores tengan un pronóstico mejor que una apatía paulatinamente desarrollada. Pero no todos los comienzos agudos de psicosis son favorables. Ocurre con frecuencia que un comienzo aparentemente agudo ha sido preparado por un largo desarrollo prepresicótico que no llamó oportunamente la

atención a los observadores. Las catatonías periódicas, diagnosticadas a menudo como una mezcla de esquizofrenia y de estados maniaco-depresivos, son también favorables, en la medida en que los respectivos ataques pasan espontáneamente. Por eso, aparte del conocimiento de la historia íntegra del paciente, es el conocimiento acerca de la índole y el curso del primer ataque psicótico lo que proporciona el medio mejor para hacer el pronóstico sobre el curso probable de ataques ulteriores. Esto no puede ser utilizado, naturalmente, en el caso de un primer ataque. Muchos ensayos de carácter estadístico se han hecho, en el terreno de la psiquiatría descriptiva, con el objeto de establecer criterios para el pronóstico. Desde el punto de vista analítico, ningún criterio aislado puede ser considerado como decisivo. Lo que es decisivo, más bien, es el juego recíproco de todos los factores, es decir, la economía psíquica del paciente en su conjunto (152, 184, 258, 259, 279, 1433).

LA TERAPIA PSICOANALITICA EN LA ESQUIZOFRENIA

No hace mucho tiempo se consideraba como un hecho indiscutible que, aun cuando el punto de vista psicoanalítico acerca de la esquizofrenia podía ser de la mayor importancia científica, el psicoanálisis como terapia, en los casos de psicosis, resultaba inútil. Freud concretó la formulación de esta idea al contraponer las "neurosis de transferencia" a las "neurosis narcisistas" (596), y expresó el mismo punto de vista en su *Esbozo póstumo* (633). Este escepticismo da una importancia particular al hecho de que el psicoanálisis se basa en la influencia del analista sobre el paciente, y que, por lo tanto, éste debe ser capaz de establecer un contacto emocional con el analista.

Si bien es cierto que no se puede llevar a cabo un análisis sin contacto emocional con el paciente, ya no se puede mantener hoy una posición tan extremadamente pesimista. Un efecto psicoanalítico sobre los esquizofrénicos es posible por el hecho de que la regresión narcisista no es nunca completa. El análisis puede utilizar los remanentes de relaciones con la realidad, así como también los intentos espontáneos de recuperación de parte del paciente. En el caso de un estupor autístico, resulta evidente por sí mismo que los intentos pacientes y amistosos de establecer contacto, aunque éste sea efímero, constituyen la única posibilidad, y es claro que si no se logra ningún contacto, nada se puede hacer. Sin embargo, los psiquiatras que han sabido poner a contribución la necesaria paciencia y amistad, han tenido, como recompensa, la satisfacción de ver responder incluso a pacientes con un estupor catatónico de muy larga data. Un intento de irrumpir en la actitud autística del paciente, en forma tal que el médico se convierte en parte del mundo del paciente, puede tener éxito. Uno trata de insinuarse en el mundo del paciente para hacer volver a éste, gradualmente, al mundo de los objetos (363, 657, 809, 924).

Afortunadamente, no todos los esquizofrénicos son estuporosos. Todos

ellos tienen alguna clase de contacto o de contacto sustitutivo. Todo camino abierto debe ser aprovechado.

Todo aquel que entiende los mecanismos esquizofrénicos se da cuenta de las extraordinarias dificultades que se presentan en el análisis de un esquizofrénico, comparadas con las que ofrece el análisis de un neurótico. Hemos destacado especialmente el hecho de que en el análisis de la neurosis obsesiva, a diferencia del análisis de la histeria, no es el yo total del paciente, sino una parte bien definida del mismo, el aliado con que cuenta el médico en su tarea de combatir la enfermedad y las resistencias. En la esquizofrenia esta parte del yo que coopera con el médico es pequeña hasta el punto de ser nula, y lo que es peor, aun este pequeño remanente no ofrece ninguna garantía. La suposición de que los psicóticos no transfieren sus conflictos infantiles al analista, es errónea. Lo hacen, y a menudo en una forma sumamente tempestuosa. Sólo que estas manifestaciones de transferencia son todas ellas inconsistentes. Existe siempre, de parte de los pacientes, una tendencia a abandonar su relación con el objeto. Las alteraciones psicoeconómicas más insignificantes e imprevisibles, ya sea en la actitud del analista o en la vida diaria, pueden conducir a la cesación de la transferencia. Establecido un contacto, uno no sabe nunca por cuanto tiempo se mantendrá.

La tendencia de estos pacientes a defenderse de las tentaciones mediante una regresión narcisista puede ser utilizada también contra las tentaciones de la transferencia. Donde mejor se ve esto es en el análisis de los casos paranoides. Los sinsabores comienzan, en estos análisis, cuando a los ojos del paciente el analista comienza a representar el papel de perseguidor. La actitud del analista, en consecuencia, debe ir cambiando a tenor del papel que corresponde al delirio en el conjunto de los psicodinamismos y de la economía psíquica del paciente. Cuando el paciente necesita su delirio para fines de defensa, el analista debe respetar este hecho. Si el analista, como representante de la realidad, procede de otro modo, provocará las críticas del paciente. Todo error del analista puede significarle el verse enredado en las ideas delirantes del paciente.

Sucede a menudo que los casos en que el paciente vacila entre sentimientos de transferencia y un narcisismo total pueden ser analizados solamente cuando aquél se halla en la fase de transferencia. En su trabajo con los catatónicos, algunos analistas han demostrado que esta manera de actuar periódicamente puede tener éxito (1172).

Todos estos requisitos plantean la necesidad de modificaciones de la técnica clásica del psicoanálisis. Así y todo, los éxitos terapéuticos de que se tienen noticias (87, 151, 218, 288, 397, 399, 661, 785, 914, 943, 964, 966, 990, 1009, 1088, 1089, 1093, 1172, 1260, 1451, 1477, 1541, 1549), aún no pueden atribuirse lo bastante a una conciencia sistemática, científica, de las modificaciones necesarias, sino más bien a la habilidad terapéutica intuitiva de los respectivos analistas. Sin embargo, se discute mucho sobre las modificaciones técnicas necesarias (82, 87, 217, 274, 278, 283, 363, 394, 397, 399, 657, 659, 661, 674, 688, 785, 913, 1016, 1017, 1390,

1504, 1542, 1549, 1562). Consisten en la protección o la reestructuración del contacto con la realidad y con la razón.

Allí donde no ha quedado más que un pequeño contacto espontáneo con la realidad, el analista tendrá que "seducir" realmente al paciente, tratando de hacerse atrayente al mismo, y cuando sea necesario, prestarse a descender al mismo nivel del paciente. Pero dado que el mero hecho de participar en el mundo fantástico del paciente nunca podrá curar a éste, será necesario que el analista conduzca lentamente al paciente a considerar el carácter fantástico de este mundo y a darse cuenta nuevamente del mundo real.

El consejo que acostumbraba dar Abraham, con carácter general, era que en los pacientes narcisistas se debe tratar de establecer y mantener activamente una transferencia positiva. Además, uno debe ser ante todo el representante de la realidad, conseguir, por todos los medios posibles, que el paciente se percate de la realidad y de sus propios intentos de escapar de ella. Se debe aprovechar todo contacto que el paciente tenga con la realidad y fortalecerlo, incluso mediante la discusión de leves detalles de la vida diaria. De acuerdo con este plan, se debe evitar perturbar demasiado pronto la transferencia, mediante el análisis de la misma, tal como habría de hacerse en el análisis de neurosis. Pero un consejo como éste es más fácil de dar que de cumplir. En primer lugar, el analista no es capaz de prever y valorar los factores muy poco visibles —objetivamente— que pueden perturbar la transferencia. En segundo lugar, no hay que olvidar que el paciente puede sentir la relación de transferencia más como una peligrosa tentación que como una gratificación, y por lo tanto, como una provocación que se debe rehuir. Y en tercer lugar, la transferencia, como transferencia, no es la realidad. No se puede aceptar sin reservas el consejo de no analizar la transferencia, si uno trata de ser cabalmente un "representante de la realidad". Un análisis sin análisis de la transferencia no es posible. No obstante, es cierto que muchas necesidades instintivas, ya sea que se expresen en la actitud hacia el analista o en la vida real, no requieren ser analizadas inmediatamente si tienden a acrecentar el interés del paciente por la realidad. En conjunto, puede decirse que el análisis de una esquizofrenia se divide en dos fases. La primera fase, preanalítica, tiene como único objetivo establecer y mantener el contacto. El analista se empeña en dar a la psicosis, por cuanto a la transferencia se refiere, la mayor semejanza posible con una neurosis. Logrado esto, puede comenzar con la segunda fase, que es el análisis propiamente dicho. Pero en la práctica real, estas dos fases se penetran recíprocamente. El período preliminar, de enlace con el objeto, sirve ciertamente, al mismo tiempo, para hacer que el paciente cobre conciencia de su enfermedad, y para estimular su deseo de ser curado, y en algunos pacientes se puede comenzar a analizar desde el primer momento. No es forzoso que la labor analítica tendiente a despertar y reforzar el contacto con la realidad se limite a la relación con el analista mismo. Éste puede, a menudo, al discutir con el paciente sus conflictos, relaciones y actitudes corrientes, hacer especial hincapié en lo que se refiere a la relación con la realidad. El hecho de poder observar el comportamiento

del paciente, no sólo durante la hora analítica sino durante todo el día, y la posibilidad de ejercer influencia sobre él mediante medidas extra-analíticas, tienen la mayor importancia en este primer periodo del análisis (1440). Estas dos ventajas inconfundibles las proporciona el servicio hospitalario (219, 397, 657, 661, 966, 1440). Pero también la segunda parte del análisis será diferente del análisis de una neurosis, ya que hay que seguir teniendo en cuenta la disposición del paciente a reaccionar con una pérdida de la realidad. Del concepto mismo de interpretación se desprende que sería un error de técnica ofrecer al paciente esquizofrénico explicaciones sobre símbolos y complejos mientras no hay un "yo razonable" capaz de valorar y usar estas interpretaciones. El objetivo de la terapia es hacer que el paciente se enfrente con la realidad interna y externa, y no simplemente participar en sus fantasías al margen de la realidad. Pero puede ser necesario participar en ellas durante cierto tiempo, a objeto de demostrar al paciente que uno lo entiende, y de ganar su confianza y cooperación. Se ha hecho la pregunta de cómo puede darse siquiera la posibilidad de interpretación en el caso de los esquizofrénicos, ya que en la esquizofrenia "lo inconsciente es consciente", es decir, que los pacientes comprenden en forma consciente sus símbolos y presentan material referente al complejo de Edipo o a la sexualidad pregenital. La respuesta es simple. Interpretar quiere decir señalarle al paciente los impulsos que éste está rechazando y de los cuales, no obstante, es capaz de darse cuenta si su atención es dirigida hacia ellos. En un esquizofrénico que se retrae de una realidad amenazante o tentadora, para regresar a estados en que la elaboración de fantasías edípicas se hacía sin considerar para nada la realidad (proceso primario), los "impulsos rechazados" de los que habría que hacer que se dé cuenta no son estas fantasías edípicas, sino la realidad de la que se ha retraído y el hecho de esta retracción.

Ocasionalmente se puede tener éxito mediante la creación de una "paranoia artificial", por decirlo así, canalizando la actitud narcisista de los pacientes hacia cierto tema circunscrito. Waelder demostró cómo había logrado, en el caso de un matemático, hacer adaptar la actitud narcisista del paciente a la realidad, haciendo limitar esta actitud a las matemáticas, de modo tal que, fuera de esta esfera, la conducta del paciente se mantuvo relativamente a cubierto de deformación (1549).

Todos estos intentos pueden resumirse en la fórmula siguiente: En las fases preparatorias, la capacidad del paciente para crear una transferencia deberá ser llevada a un grado tal que más tarde esta transferencia pueda ser anulada mediante el análisis sin acarrear con ello una nueva regresión narcisista.

La tarea más difícil, en este caso, es estimar los matices. Una actitud demasiado amistosa de parte del analista puede ser tomada por el paciente como un intento de seducción tendiente a una temida relación sexual (posiblemente homosexual), de la que entonces desearía escapar mediante una regresión narcisista. El analista está obligado a navegar entre el Escila de una actitud demasiado objetiva, que no ofrecería al paciente ningún estímulo

de regreso al mundo de los objetos, y el Caribdis de una actitud demasiado amistosa, que asustaría al paciente y lo empujaría más aún hacia el narcisismo. Siempre es posible que ciertos imprevistos acontecimientos de la vida diaria ocasionen una transitoria acentuación del repudio de los objetos. Bastaría esta sola razón para que el análisis de los esquizofrénicos se realice mediante previa internación en instituciones.

En los esquizofrénicos de tipo periódico, el análisis debe llevarse a cabo durante los intervalos libres, cuando se halla en actividad un yo razonable. Pero aquí surge otro problema: si vale la pena exponerse a provocar, mediante el intento analítico, un nuevo ataque psicótico.

La misma consideración tiene carácter decisivo al tratarse de la indicación del análisis en los casos marginales. Existe siempre el peligro de que la actuación del analista, al someter a una mayor tensión los conflictos del paciente, fuerce la aparición de un episodio psicótico. Únicamente la estimación de los factores económicos y la habilidad terapéutica del analista, que ha de guardarse cuidadosamente de hacer objeto al paciente de exigencias indebidas, podrá evitar semejante posibilidad. En ciertas personalidades esquizoides, un análisis de prueba puede conducir tal vez a la convicción de que estos pacientes lo pasarán mejor si continúan en el mismo estado en que se hallan, ya que cualquier intento de cambio podría llevar a un desenlace psicótico. Pero hay otras personalidades esquizoides que, mediante un análisis hecho a tiempo, pueden ser salvadas de la psicosis. A veces las personalidades esquizoides reaccionan al análisis mejor de lo que se espera. Su regresión narcisista es una reacción a heridas narcisistas. Si se les señala este hecho y se les da tiempo para considerar las heridas reales y desarrollar nuevos tipos de reacción, se les puede ayudar enormemente. También hay personalidades capaces de mantener un contacto satisfactorio con la realidad únicamente cuando este contacto recibe una ayuda artificial. Son como inválidos que necesitan un tratamiento constante.

Cierta vez, en un caso de esta índole, un colega hizo este correcto diagnóstico: "esquizofrenia, artificialmente mantenida, mediante un psicoanálisis de décadas de duración, en el plano de una neurosis obsesiva".

Otra cuestión es la de si conviene o no analizar pacientes que en su pasado han sufrido episodios esquizofrénicos que se curaron espontáneamente, pero que han dejado una escara. También los casos de esta índole, al ser analizados, presentan el riesgo de recaer en la psicosis. Pero algunas veces las circunstancias psicoeconómicas son tan favorables que el yo, a pesar de la escara, es capaz, ahora, de afrontar sus conflictos y, con la ayuda del psicoanálisis, resolverlos en mejor forma.

Es evidente que el análisis de una esquizofrenia constituye una empresa enteramente diferente del análisis de una neurosis. La dificultad del problema no deberá hacer desistir, sin embargo, de la búsqueda de una solución. La creciente literatura referente al análisis de la esquizofrenia demuestra que, efectivamente, no impide tal búsqueda.

La convicción de que los obstáculos constituyen simples dificultades de técnica, y el número creciente de éxitos registrados en los respectivos informes, deberían darnos el suficiente aliento para tratar a los esquizofrénicos mediante el psicoanálisis.

Sin embargo, todos los que analizan psicóticos están haciendo trabajo de pioneros. En cada nuevo análisis que se emprende, aun cuando sea promisorio, no se puede tener la esperanza de obtener un éxito completo. Todo aquel que emprende una tarea de esta índole habrá de calcular hasta qué punto el caso es apropiado, luego de una valoración precisa de las condiciones particulares del mismo, y tomará las debidas precauciones. Los parientes del paciente deberán ser advertidos acerca del carácter dudoso del pronóstico y de la posibilidad de un nuevo ataque psicótico. De ser posible, el analista deberá tratar al paciente en una institución. No deberá olvidar que la técnica clásica no es suficiente, y que además de las modificaciones esenciales que se sugieren para este tipo de análisis, el método deberá ser adaptado a las condiciones del caso individual. Con todas estas precauciones, podrá dar comienzo al tratamiento. Probablemente tendrá éxito en algunos casos, y en los demás tendrá ocasión, por lo menos, de aprender mucho.

En conclusión, será bueno destacar, una vez más, la importancia científica del análisis de esquizofrénicos. Las neurosis representan una regresión a la sexualidad infantil. El psicoanálisis de las neurosis trajo consigo la comprensión de la sexualidad infantil. La esquizofrenia representa una regresión a las etapas primitivas del yo. El psicoanálisis de los esquizofrénicos permitirá la comprensión de la evolución del yo.

D. LAS PSICONEUROSIS. LAS ELABORACIONES SECUNDARIAS DE SINTOMAS

CAPÍTULO XIX

DEFENSAS CONTRA LOS SÍNTOMAS, Y BENEFICIOS SECUNDARIOS

GENERALIDADES

A causa de la naturaleza del asunto considerado, fue necesario incluir en los capítulos dedicados a los mecanismos de la formación de síntomas el tema de las formas especiales de las neurosis. Los métodos de formación de síntomas ejercen influencia sobre la personalidad total, y por ello también sobre el curso ulterior de la neurosis. Por esta razón, también se tuvo que aludir necesariamente a la reacción del yo a su neurosis. El siguiente resumen de aquellas observaciones dispersas podrá dar una idea más clara de la forma en que se va configurando la neurosis una vez que se han constituido los síntomas.

Un síntoma neurótico es, para el yo, una nueva experiencia dolorosa. La reacción del yo a toda nueva experiencia dolorosa depende de su fortaleza y desarrollo.

Un yo muy débil puede verse arrollado pasivamente en virtud del efecto traumático que produce la inesperada experiencia dolorosa. Más tarde, el yo aprende a defenderse de las experiencias dolorosas, ya sea mediante la simple negación o por otros mecanismos de defensa, siguiendo las normas del siguiente razonamiento primario: todo lo que es doloroso debe ser "escupido" (616). En el período de control pasivo-receptivo, el yo no tiene más que una respuesta a la experiencia del dolor: el grito en demanda de ayuda.

El yo maduro, por el contrario, reaccionando de acuerdo con el principio de realidad, es capaz de admitir la existencia de experiencias dolorosas (575). Por medio de este reconocimiento puede, de ahí en adelante, o bien evitar experiencias similares o responder a ellas en forma adecuada, y transformar así el dolor inevitable en una cosa lo más inofensiva e incluso lo más útil posible (507).

El yo que experimenta los síntomas neuróticos está en una situación bastante similar a la de un yo que experimenta por primera vez una crisis emocional. Los síntomas se asemejan a las crisis emocionales por cuanto unos y otros son dolorosos y extraños al yo, y surgen, sin embargo, dentro de la propia personalidad. En realidad, el yo es primeramente arrollado

traumáticamente por crisis de emoción, luego trata de defenderse y encontrar protección externa pasiva contra las mismas, y finalmente aprende a superar los tipos arcaicos de reacción, pasando al control activo de los efectos mediante su utilización para los fines propios (191, 440, 697, 1021). El éxito del yo depende, por supuesto, de circunstancias económicas. Su capacidad de aplicar métodos maduros de control activo está determinada por la relación entre su propia fortaleza y la de las fuerzas que debe controlar. Un factor decisivo que puede debilitar al yo es el monto de energía requerido para el mantenimiento de contracatexis en otros puntos. También tiene importancia decisiva que sea una u otra la etapa de desarrollo del yo en que se inicia el conflicto decisivo.

El neurótico es una persona que tiende a volver a patrones arcaicos de reacción. Los intentos maduros de control activo, por eso, son mucho más raros en el caso de los síntomas neuróticos que cuando se trata de afectos. Tales intentos presuponen la capacidad de aprender, de clasificar las experiencias nuevas de acuerdo con las experiencias pasadas, de comprender las diferencias y de modificar la conducta en términos de un juicio razonable. El neurótico carece precisamente de esta capacidad y tiende, en cambio, a reaccionar con sujeción a rígidos patrones de conducta infantiles. Por ello, las formas patológicas de reacción a los síntomas (el ser arrollado, la formación de defensas y el pedir ayuda externa) se encuentran con mucha más frecuencia que la adaptación racional.

LOS SINTOMAS COMO TRAUMAS, Y LOS FACTORES PRECIPITANTES DE LAS NEUROSIS

Aquellas neurosis que han persistido ininterrumpidamente desde la infancia o la adolescencia, fluctuando solamente en intensidad, no pueden ser sentidas, por supuesto, como traumas. Algunas neurosis sintomáticas, sin embargo, comienzan en forma brusca e inesperada, y además, se da el caso de neurosis previas repentinamente exacerbadas.

Esto es lo que ocurre en las crisis de angustia y en los "derrumbes nerviosos", que en algunos casos son simples crisis de ansiedad y en otros el quebrantamiento de una estabilidad neurótica precariamente mantenida hasta ese momento. Las rígidas y aisladoras restricciones que sirven a los caracteres compulsivos para quedar a salvo de la ansiedad y de las emociones penosas, pueden derrumbarse. La personalidad es repentinamente inundada por la ansiedad y las sensaciones vegetativas, tanto más penosas cuanto que el paciente, en razón de sus medidas de defensa, no aprendió nunca a asimilar las emociones y adaptarse a ellas.

Éste es el momento de preguntarse qué es lo que realmente da lugar a estas repentinamente irrupciones o agravaciones de las neurosis. La comprensión teórica del fundamento dinámico de todos los fenómenos neuróticos permite reducir los factores precipitantes potenciales a un cuadro esquemático. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que en la práctica los diferentes factores

reobran uno sobre otro y se complementan entre sí, y que los factores precipitantes efectivos constituyen combinaciones de los elementos que aquí aislamos artificialmente (576).

Toda persona puede soportar un conflicto neurótico o una defensa patógena —si no pasan de cierta magnitud— sin que por ello se produzca efectivamente un derrumbe neurótico. Sin embargo, cuanto más energía gasta una persona en sus conflictos defensivos latentes, mayor será su disposición a caer enfermo en el momento en que un factor precipitante viene a perturbar su equilibrio mental. Pero una perturbación intensa puede desencadenar una neurosis aun en una persona poco predispuesta. La predisposición (intensidad de las luchas defensivas latentes) y los factores precipitantes forman una serie complementaria (596).

Los factores precipitantes son experiencias que perturban el equilibrio, relativamente estable hasta ese momento (1513), entre los impulsos rechazados y las fuerzas rechazantes. Estas perturbaciones pueden ser de tres clases:

A. Un aumento en la pulsión rechazada. Este aumento no deberá ser tan considerable como para desbaratar completamente las contracatexis, pero debe ser de bastante magnitud como para que las defensas previas contra los derivados resulten insuficientes. Esto puede producirse de varias maneras:

1) El aumento puede ser absoluto. Muchas neurosis tienen comienzo en la pubertad y en el climaterio, a causa de la intensificación fisiológica de las pulsiones sexuales en estos dos periodos.

2) Puede tratarse de un aumento relativo de una específica pulsión rechazada, a expensas de otras exigencias instintivas. Esto puede deberse a: a) experiencias que consciente o inconscientemente significan una tentación o una estimulación de este deseo particular; b) experiencias que consciente o inconscientemente significan una desvalorización de otras exigencias instintivas, cuya energía es desplazada entonces a la pulsión rechazada (581); las decepciones de la edad adulta estimulan la regresión a los anhelos infantiles; c) frustraciones externas o bloqueos de las satisfacciones instintivas hasta ese momento factibles de alcanzar; toda frustración en el terreno de la sexualidad adulta aumenta la intensidad de los deseos sexuales infantiles inconscientes; d) el bloqueo de toda actividad que, por efecto de desplazamientos previos, haya ocupado el lugar de la satisfacción instintiva; el bloqueo puede dar por resultado un aumento relativo de la intensidad con que las pulsiones rechazadas * luchan por descargarse.

B. Una disminución de las fuerzas que aseguran el rechazo de las pulsiones. No es forzoso que este debilitamiento sea tan considerable como para anular la defensa, pero debe ser bastante fuerte como para debilitar las defensas previas contra los derivados.

1) Cuando el yo se haya, en general, debilitado, por la fatiga, la intoxicación, la enfermedad o a consecuencia de tareas agotadoras, se debilitan las fuerzas defensivas y lo que había sido reprimido vuelve al primer plano. Las

* *Warded off*. Véase pág. 27 y nota de la misma pág. (T.)

personas cansadas se hallan más propensas a cometer *lapses lingue* y a incurrir en error, así como las personas enfermas a permitir formas de desahogo que en otras circunstancias hubieran bloqueado. En determinadas condiciones, esto puede ser gozado como un alivio e incluso producir una mejoría o la curación de una neurosis.

Frecuentemente parece producirse una mejoría en una neurosis en circunstancias que constituyen una verdadera prueba. Esto puede dar la impresión de que la neurosis había sido una especie de juego que termina tan pronto como aparecen las preocupaciones reales. En procura de un alivio de esta índole, se da el caso de gente que se crea "preocupaciones" virtuales o bien, a título de derivación, se entrega a un "trabajo agotador". Este tipo de efecto benéfico se da más fácilmente en aquellos casos en que predominan, entre los motivos de la defensa, los sentimientos de culpa, y por lo tanto, la enfermedad, el trabajo, a la manera de un autómatas, las tareas pesadas o las desdichas verdaderas, aparecen como castigos que aplacan los sentimientos de culpa y otorgan privilegios.

Pero si el debilitamiento de la defensa es menos intenso, puede dar lugar a un resultado opuesto. Las pulsiones derivadas, hasta aquí bloqueadas, pueden hallar su vía de descarga en este momento y hacer su aparición en forma de síntomas. Si la irrupción a través de las defensas amenaza hacerse demasiado peligrosa, el yo puede contestar con una modalidad de defensa "de emergencia" de carácter más intenso.

Este es el caso de ciertas "patoneurosis" (478). A menudo las neurosis son precipitadas por esfuerzos precedentes de carácter agotador. Esto se debe a que el empobrecimiento consiguiente del yo disminuye su capacidad defensiva o es percibido como una señal de alarma. Pero estas experiencias agotadoras pueden haber sido experimentadas también como amenazas de castración o como tentaciones masoquistas.

2) Lo que se dice del debilitamiento general del yo puede decirse también del debilitamiento específico de las actitudes de defensa a consecuencia del fortalecimiento relativo de otras partes del yo. Cuando la autoestima de una persona se acrecienta a causa de un éxito, del cumplimiento de ideales, o de éxitos obtenidos en materia de amor, de poder o de prestigio, la persona se siente en estado de elación y se aplacan, por consiguiente, sus funciones de censura. Esto puede dar por resultado el abrir un cauce a descargas de carácter prohibido y producirse así un alivio (1237). También aquí la disminución de las funciones de censura puede conducir, no a una liberación real, sino solamente a la producción de síntomas. Un aumento excesivo de alivio de esta índole, por lo demás, puede ser sentido como una señal de alarma.

C. De manera paradójica, una intensificación de las fuerzas de rechazo también puede precipitar una neurosis. Algunos fenómenos neuróticos son, mas que irrupciones de lo rechazado, manifestaciones de la defensa. Pero

al mismo tiempo, con cada intensificación de las fuerzas de rechazo, se intensifica también la lucha en su conjunto. El equilibrio es puesto en peligro, y a una coacción mayor puede seguir una rebelión más intensa. De esta manera, todo aquello que intensifica la ansiedad o el sentimiento de culpa que da motivo a la defensa, puede precipitar una neurosis.

1) La ansiedad puede ser directamente acrecentada ya sea por el hecho de experimentar nuevas amenazas, por experiencias que son percibidas subjetivamente como amenazas y por experiencias confirmatorias de amenazas hasta ese momento puestas en duda (566). De esta manera, una neurosis puede ser provocada por traumas que son sentidos como castración o abandono, por la vista inesperada, de parte de un niño, de genitales adultos, o por un examen inminente.

2) Los sentimientos de culpa son pasibles de aumentar en forma directa. Cuando una persona siente remordimientos, o cuando recibe de alguna autoridad nuevas normas de perfección, juntamente con los sentimientos de culpa pueden aumentar las represiones.

3) Tanto la ansiedad como los sentimientos de culpa aumentan indirectamente con la pérdida de algo que hasta ese momento ha servido de apoyo o de reaseguramiento. Puede suceder que una racionalización pierda su eficacia. Las personas cuya autoestima es del tipo de la dependencia oral, pueden sufrir un derrumbe si disminuyen en intensidad los suministros narcisísticos necesarios, es decir, cuando una pérdida de amor hace aumentar su temor de ser abandonado. Puesto que el prestigio, el poder y la autoconfianza son usados como armas de reaseguramiento contra la ansiedad, toda pérdida de prestigio, poder o autoconfianza puede obrar como factor precipitante. Si la autoconfianza es débil y existe una expectación inconsciente de castigo, la derrota significa que el castigo esperado está a la vista. Además, el éxito puede significar el logro de una cosa inmerecida o que "está mal", y sacar a luz sentimientos de inferioridad o de culpa. Freud describió a los pacientes de este tipo como "aquellos a quienes descalabra el éxito" (592). Un éxito puede significar no solamente algo que debe acarrear un inmediato castigo, sino también algo que estimula la ambición, y que moviliza, en consecuencia, temores referentes a derrotas futuras y futuros castigos.

4) Un aumento en las fuerzas de rechazo puede ser también de carácter reactivo, consecutivo a una disminución temporaria de su intensidad. Los factores expuestos en B pueden, de este modo, redoblar su eficacia.

En general, las reacciones patológicas a los acontecimientos externos de cualquier índole arrancan de alteraciones dinámico-económicas operadas en las luchas defensivas. La persona juzga erróneamente los acontecimientos a la luz del pasado, interpretándolos como tentaciones, amenazas, gratificaciones o reaseguramientos. Se crean de este modo cambios en la fortaleza de los impulsos rechazados o de las ansiedades rechazantes y los sentimientos de culpa.

La mayor parte de las veces los factores precipitantes son experiencias que, objetiva o subjetivamente, tienen alguna semejanza con los acontecimientos de la infancia que dieron lugar a los conflictos de carácter decisivo,

es decir, son experiencias que tienen alguna relación con los "complejos" de la persona. Cuanto mayor es el número de conflictos defensivos pendientes de solución, más inclinada estará la persona a interpretar las experiencias nuevas como una repetición de los acontecimientos que, en su oportunidad, dieron lugar al conflicto defensivo.

Cuando una crisis de ansiedad o un "derrumbe nervioso" actúan sobre el yo como un trauma, pueden provocar también una neurosis traumática, que se superpone secundariamente a la psiconeurosis primaria. El paciente puede volverse insomne, o no soñar con otra cosa que su crisis de ansiedad, sentirse impulsado a relatar constantemente, una y otra vez, sus experiencias neuróticas, o incubar determinados afectos o determinados movimientos a guisa de defensa contra la primera crisis de ansiedad, y de este modo dejar de interesarse en toda otra cosa.

LAS DEFENSAS CONTRA LOS SINTOMAS

Tal como los afectos penosos, los "afectos subjetivos" de los síntomas neuróticos pueden ser rechazados por los diversos mecanismos de defensa. Puesto que todos los síntomas son derivados de impulsos instintivos rechazados, pueden ser inconscientemente reconocidos como tales y a su vez rechazados. Los sueños diurnos, que han asumido la representación de las pulsiones reprimidas, pueden hallar una vía de descarga antes de llegar a cierto grado de intensidad. Desde este momento pueden ser reconocidos como derivados, y reprimidos (véanse págs. 225 y 250). Otro tanto puede decirse de los síntomas. Mientras no llegan a ser muy intensos, o mientras predomina su significado de defensa, pueden ser tolerados. Tan pronto como se hacen más intensos o expresan con demasiada evidencia los respectivos instintos rechazados, son combatidos.

Mecanismos de defensa de todos los tipos pueden ser utilizados contra los síntomas. Puede tratar de utilizarse, incluso, a ese efecto, una simple negación.

Una candidata a analista en entrenamiento, luego de la movilización de su neurosis de carácter, produjo, entre otros síntomas agudos, un violento vómito. Cuando la analista se refirió a su "síntoma de conversión", ella dijo: "¿Síntoma de conversión? No tengo ningún síntoma de conversión". Al serle recordado el vómito, preguntó: "¿De modo que usted considera un simple vómito como síntoma?"

El tipo más frecuente de negación de esta clase es la negación del carácter psicogénico del síntoma, o de toda vinculación entre éste y los conflictos psíquicos. "Esto no es más que físico", es lo que dice el paciente.

Los pacientes que consiguen usar con éxito esta defensa contra su neurosis son muy difíciles de tratar por el psicoanálisis. Pueden crear una incapacidad de entender las conexiones psíquicas, aferrándose a la "razonabilidad" y negándose totalmente a tomar en consideración la "lógica de las emociones" (44).

Vale la pena recordar que en la época actual también es muy frecuente lo opuesto. Las enfermedades orgánicas son peligrosas e incómodas. Muchos son los que prefieren considerarse neuróticos. Cada vez que sienten algún síntoma, dicen: "Esto no es más que psicogénico", para no rendirse a la desagradable admisión de su enfermedad.

Es ilustrativo, como caso extremo, el de cierto paciente médico. Cuando su anciano padre desarrolló perturbaciones de la sensibilidad y el habla, y leves perturbaciones motrices en un lado del cuerpo, el paciente dijo que su padre se había vuelto histérico. A causa de una profunda represión de la agresividad, a este paciente no le gustaba de ningún modo la acción. Prefería hablar. De la misma manera, prefería las enfermedades psicogénicas a las orgánicas. Tampoco le gustaba, por ello, la actividad médica, y tenía interés por el psicoanálisis, porque éste actúa a través de la conversación. Pero lo que había sido rechazado volvió: tenía temor a Hitler, así como a su analista, y a las personas cuyas palabras eran más eficaces que los actos de los demás.

Hay otro tipo de negación que podría llamarse formación reactiva contra el síntoma. Se trata de negar al síntoma su carácter yo-distónico. Esta actitud es frecuente ("Yo no tengo síntomas, sólo que hago lo que se me da la gana"). La conducta de estos pacientes es, para usar un símil de Freud, como la de aquel jinete que, creyendo que maneja al caballo, en realidad va hacia donde éste lo lleva (608). Esta actitud puede exagerarse hasta el extremo de constituir una especie de orgullo de la conducta neurótica y convertirse en la más difícil de las resistencias al psicoanálisis. Los neuróticos obsesivos que, a mérito de su bondad y su limpieza, creen ser mejores que los demás, y los caracteres neuróticos que tienen algún éxito real en la vida a causa de su conducta neurótica, no renuncian fácilmente a su neurosis. Pero este tipo de "formación reactiva" constituye una transición hacia aquellas neurosis que no son rechazadas sino aprovechadas en beneficio de los objetivos del yo.

Muchos síntomas compulsivos son, desde el punto de vista genético, secundarios, y utilizados contra síntomas compulsivos primarios, a los que se encargan de tener a raya. Su análisis proporciona numerosos ejemplos de anulación y de aislamiento de síntomas o de formaciones reactivas contra éstos.

Ejemplo de esto son los síntomas de dos fases, en los que la segunda mita anula la primera, y las fórmulas mágicas con que pueden ser exorcizadas las obsesiones (546, 560, 567).

Existe también una represión verdadera de síntomas. Frecuentemente los fóbicos ignoran qué es lo que en realidad temen, y los neuróticos obsesivos desconocen, a menudo, el verdadero carácter de sus compulsiones, pero las relatan en la forma vaga en que se relatan los sueños poco claros. A menudo los términos de las fórmulas mágicas son objeto de una represión secundaria.

Hay un tipo de aislamiento de síntomas que merece mención especial:

“Es verdad que soy raro en tal o cual aspecto, pero el hecho carece de importancia, ya que no tiene ninguna conexión con mi personalidad verdadera”. Este tipo de aislamiento lo hallamos cuando, en el curso de una neurosis, se produce una tregua, en un momento determinado de su desarrollo. Algunos fóbicos no sufren, en realidad, ninguna perturbación mientras no dejan de obedecer a las restricciones fóbicas. Los síntomas han sido aislados de todo aquello que no sea la situación temida. Los histéricos pueden crear su famosa *belle indifférence*; tienen sus síntomas, pero se niegan a dejarse inmutar por ellos. Los neuróticos obsesivos pueden haber aislado sus obsesiones o sus ritos, y mantenerse en cualquier otro aspecto relativamente sin perturbación. El mejor ejemplo de aislamiento de una neurosis, cabalmente logrado, es probablemente la paranoia verdadera. Los psicoterapeutas han realizado múltiples intentos de crear artificialmente situaciones similares a ésta.

LAS ACTITUDES DE DEPENDENCIA ORAL FRENTE A LOS SÍNTOMAS

Una respuesta a la aparición de síntomas, frecuente en los pacientes que no han aprendido a controlar activamente sus nuevas experiencias, es un aumento en la actitud de dependencia oral, con todas sus características de ambivalencia.

Algo de esto sucede, hasta cierto punto, en toda neurosis. Todos los neuróticos tienden a la regresión, y cada vez que uno se siente desdichado y no alcanza a ser eficiente por los propios medios, aparece el viejo anhelo de recibir ayuda externa. Los fóbicos se convierten nuevamente en niños desvalidos; los caracteres masoquistas ostentan su impotencia. Unos y otros quieren hallar su salvación por obra de un “auxiliador mágico” * (653). Los analistas conocen muy bien este anhelo, ya que se expresa comúnmente en la transferencia.

En las personas que tienen fijaciones orales y predisuestas a crear depresiones, hábitos y neurosis impulsivas, este fenómeno se observa en un grado mucho mayor. Estos pacientes reaccionan a la aparición de síntomas con un aumento en sus necesidades narcisísticas, y con el consiguiente aumento en los conflictos promovidos por estas necesidades. En los deprimidos se crea de este modo un círculo vicioso: la depresión produce un aumento de las necesidades narcisísticas, y éstas, a su vez, acrecientan la depresión.

El arcaico concepto de la ley del talión hace que la gente tenga la sensación de que todo sufrimiento y toda experiencia penosa puede anular culpas y da derecho, en concepto de compensación, a nuevos privilegios. Esta concepción estimula una reacción de dependencia oral frente al sufrimiento neurótico, es decir, a exigir compensaciones de parte del mundo externo (de los “omnipotentes” padres o de sus sucesores, Dios, el destino o aquellos que tienen la última palabra acerca de compensaciones). Los que representan el punto de vista extremo, en esta concepción, son los “masoquistas morales”

* *Magic helper*, en el original: es una expresión acuñada por E. Fromm. (T.)

que capitulan por completo ante sus síntomas, y luego, por vía de una verdadera extorsión, de que hacen objeto a los que les rodean y a Dios, esperan recibir de ellos lo que necesitan (véanse págs. 559 y sigs.). Otras personas, sin ir tan lejos, creen que el hecho de sentirse mal les confiere derecho a “sentirse bien” y a permitirse, “virtuosamente”, algún placer (695), o bien, tal como lo vemos expresado en diversas ideologías religiosas, que todo sufrimiento debe ser algo bueno de por sí.

EL CONTROL DE LOS SÍNTOMAS

Todas estas actitudes son estrictamente opuestas a otro tipo de actitud que también puede asumir el yo frente a sus síntomas: los intentos de “controlarlos” de una manera normal. El yo puede proponerse conocer sus síntomas y hacer uso de ellos, incluirlos de algún modo en su organización. Esta contradicción que ofrece el yo, por cuanto por un lado trata de excluir los síntomas y por otro lado trata de incluirlos, tal como lo puntualizó Freud (618), no es culpa del yo. Éste desearía librarse de sus síntomas, pero los instintos rechazados continúan en acción, y al yo no le queda otra cosa que aceptarlos y salir del paso lo mejor que puede.

Hay un terreno de la patología, enteramente diferente de éste, en el que se observa exactamente la misma contradicción: la reacción física del organismo frente a la intromisión de un cuerpo extraño. Éste es o bien aislado de los tejidos del organismo mediante una pared protectora, o es “organizado” y convertido gradualmente en parte del organismo. De la misma manera, los síntomas neuróticos son o bien aislados del resto de la personalidad o convertidos gradualmente en parte de ella.

Las formaciones reactivas del neurótico obsesivo típico, que terminan por convertirse definitivamente en parte del carácter del paciente, y las actitudes contrafóbicas, son claros ejemplos de cómo los síntomas quedan incluidos dentro de la organización del yo. Más adelante nos ocuparemos de algunas formas más complicadas de la inclusión de síntomas (véanse págs. 527 y sigs.).

Es verdad que un completo control de los síntomas no es posible. Controlar quiere decir superar las excitaciones extrañas mediante la descarga, ya sea “fijándolas” o elaborándolas. Mientras persista en el inconsciente la acción del instinto rechazado, el control no será completo. Este hecho de que la acción del instinto rechazado continúa vigente en el inconsciente, constituye la definición misma de la neurosis.

De acuerdo con el “principio de la función múltiple” (1551) que lo caracteriza, el yo puede proponerse satisfacer simultáneamente, con sus síntomas, todo género de exigencias del ello y del superyó. Esta tendencia encuentra su manifestación tanto en la creación de simples “beneficios secundarios” como en los fenómenos, más complicados, de la esfera de los rasgos neuróticos de carácter.

LOS BENEFICIOS SECUNDARIOS DE LA ENFERMEDAD

Una neurosis en vías de estructuración, por lo general representa para el paciente una situación sumamente desagradable. El yo puede, sin embargo, haciendo virtud de necesidad, utilizar la neurosis para sus fines propios. Puede tratar de lograr ventajas del mundo externo, por el recurso de provocar compasión, atención, amor, concesión de suministros narcisísticos, e incluso compensación monetaria. Puede tratar de aliviar la presión del superyó demostrando a éste que el síntoma constituye un castigo, procurando obtener placer a título de que el sufrimiento da derecho a un placer compensador o utilizando el síntoma como apoyo en la defensa contra algún otro impulso. Los beneficios secundarios posibles son muy variados, y valdría la pena hacer una compilación de los mismos. Aquí nos limitaremos a agregar unas pocas observaciones no sistematizadas.

1. *Beneficios secundarios provenientes del mundo externo:* A menudo se subraya el hecho de que el principal beneficio secundario consiste en granjearse la atención de los demás por la circunstancia de estar enfermo. Pero ¿cuál es el tipo de persona que tiene especial necesidad de "granjearse atención"? La atención es necesitada ya sea en calidad de satisfacción sexual (vale decir, como sustituto del amor) o bien, lo que es más frecuente, como reaseguramiento y promesa de ayuda y protección. A menudo, el hecho de estar enfermo es percibido también como algo que da derecho a obtener privilegios, que pueden consistir ya sea en beneficios de carácter material, ya en otros, más sutiles, de carácter psíquico. Muy a menudo esto no implica una alternativa. Las luchas más intensas por obtener una "compensación" son sostenidas por pacientes que tienen mucho menos necesidad de dinero que de una muestra de afecto parental y de una seguridad contra el abandono.

Ninguna anécdota resulta más frecuentemente adecuada para ser contada a los pacientes en análisis que la de aquel internado en un asilo que, al serle negados ciertos privilegios, exclamó: "¿Y para qué estoy loco entonces?"

La enfermedad implica todas las ventajas de la conducta pasivo-receptiva. "Ahora no soy yo el que tiene que actuar; ellos lo tienen que hacer por mí". En todas las situaciones de emergencia revive la nostalgia de la edad infantil, en que se ha sido cuidado por otros (y esto es motivo de amplios abusos en todas las sociedades autoritarias). Entre estas situaciones de emergencia se incluye también la neurosis. Esto, a su vez, puede hacer surgir sentimientos de culpa, y crear los consiguientes conflictos secundarios y círculos viciosos.

2. *Beneficios secundarios provenientes del superyó:* Pertenece a esta clase de beneficios el orgullo que caracteriza las formaciones reactivas y el ascetismo, así como también el apaciguamiento de un superyó severo mediante el sufrimiento. Entre los privilegios derivados de la enfermedad puede incluirse la pérdida del sentimiento de responsabilidad, y una neurosis puede

ser utilizada para lograr "atención interna" del mismo modo en que se hace para lograr atención externa.

El beneficio secundario derivado del hecho de valorar los síntomas como un castigo ha sido interpretado (37) como primario y fundamental. Pero nadie se hace neurótico sin otro propósito que el de sufrir.

Los beneficios secundarios predominantes en cada caso dependen del tipo de neurosis: en la histeria de angustia es la regresión a los tiempos de la infancia, la época en que uno gozaba aún de protección; en la histeria, el granjearse la atención mediante la "ficción teatral", y a veces también es el logro de ventajas materiales. En la neurosis obsesiva, son las ventajas narcisísticas las que deparan el orgullo de la enfermedad. En la órgano-neurosis, la negación de los conflictos psíquicos mediante la proyección de los mismos sobre la esfera física.

A veces los beneficios secundarios son muy evidentes, otras veces están ocultos. Desde el punto de vista teórico pueden presentar menos interés que la génesis primaria de la neurosis, pero prácticamente tienen enorme importancia. El que ha logrado sacar ventajas de su enfermedad, no renunciará a ella con facilidad. Por esta razón, el análisis ha de aclarar ante todo los beneficios secundarios y abrirse paso a través de los mismos. Puede suceder incluso que el beneficio secundario de una enfermedad sea el único placer que es capaz de alcanzar el paciente. En este sentido, el análisis de un neurótico puede resultar tan difícil, por causa de un beneficio secundario, como el análisis de un perverso. En otros casos, una resistencia de este tipo puede ser menos considerable sin dejar de ser por ello bastante efectiva.

Hemos distinguido entre las defensas contra los síntomas y la inclusión de los mismos en el yo. En realidad, todos los neuróticos elaboran ambos tipos de respuesta. La proporción existente entre estas dos actitudes es decisiva para el desarrollo ulterior de la neurosis.

Pero antes de proseguir el estudio de este desarrollo tenemos que ocuparnos de otras tentativas, más complicadas, de inclusión de la conducta neurótica en el yo. Se trata no sólo de reacciones a los síntomas, sino también de intentos (a menudo infructuosos) que al mismo tiempo se hacen en el sentido de evitar, mediante contracatexis de carácter profiláctico, la formación de nuevos síntomas. El estudio de la formación de los rasgos neuróticos de carácter pondrá a la vista la amplia variedad de estos fenómenos.

CAPÍTULO XX

TRASTORNOS DEL CARÁCTER

BASES PARA LA CREACION DE UNA CARACTEROLOGIA PSICOANALITICA

Es imposible ocuparse de cómo las actitudes o los síntomas neuróticos se hallan refundidos en la personalidad sin un conocimiento de lo que es la "personalidad".

Una ojeada histórica al psicoanálisis nos hará comprender fácilmente que la caracterología psicoanalítica constituye su rama más joven. El psicoanálisis se inició con la investigación de los síntomas neuróticos, es decir, con fenómenos que son ajenos al yo y no encajan debidamente en el "carácter", que es el modo habitual de conducta. El psicoanálisis enfocó y comprendió el inconsciente antes de estudiar los fenómenos conscientes. Ahondó en el recién descubierto universo de las pulsiones inconscientes y de sus manifestaciones irracionales antes de abocarse al estudio de los fenómenos mentales de primer plano. Fue entonces cuando apenas comenzó a comprender que no solamente los estados mentales desusados y de brusca aparición, sino también las maneras ordinarias de conducta —el modo habitual de amar, de odiar y de comportarse en diversas situaciones— pueden resultar comprensibles, desde un punto de vista genético, como dependientes de circunstancias de orden inconsciente, y que los actos volitivos comunes obedecen al mismo determinismo que los trastornos de la voluntad.

Dos factores hubo que impulsaron al psicoanálisis a desarrollar su "psicología del yo". El primero fue la necesidad ineludible de analizar las resistencias, es decir, la manera en que las fuerzas defensivas del yo hacían su aparición en el curso del tratamiento psicoanalítico. Cuando, por ejemplo, un paciente no obedecía a la regla básica del análisis, se hacía necesario no solamente actuar sobre este comportamiento irrazonable mediante la sugestión, sino también analizarlo como si fuera un síntoma. Otros materiales —asociaciones, recuerdos, la conducta o los sueños— debieron ser utilizados para hacer que el paciente adquiriera conciencia de sus resistencias, del motivo de las mismas y de por qué sus resistencias tomaban la forma particular de inobservancia de dicha regla básica. Fue descubierto el hecho de que aun cuando el paciente no sintiera en el momento ningún temor, alguna vez estuvo asustado (o avergonzado, o había tenido un senti-

miento de repugnancia o de culpa) con respecto a ciertas experiencias de carácter instintivo, que este temor seguía operando inconscientemente dentro de él y que por ello elaboraba resistencias a expresar cualquier cosa que pudiera tener relación con tales experiencias. Luego se descubrió que las actitudes de esta índole no sólo cumplen una misión de resistencia en el tratamiento psicoanalítico, sino que las volvemos a encontrar en ciertos patrones de conducta que en la vida diaria sirven a iguales propósitos de defensa. De esta manera se desarrolló el primer "psicoanálisis del carácter", vale decir, el análisis del objetivo y la génesis histórica de ciertas actitudes empleadas como defensa (1269, 1271).

El segundo factor que vino a promover el desarrollo de una psicología del yo fue el interesante fenómeno que, en las últimas décadas, representó el cambio fundamental operado en el cuadro clínico de las neurosis. Lo que sucedía en las neurosis clásicas era que una personalidad cabalmente integrada se veía repentinamente perturbada por la aparición de actos e impulsos inadecuados. En las neurosis modernas, en cambio, no se trata ya de una personalidad uniforme que, en cierto momento, es simplemente perturbada por un acontecimiento determinado, sino más bien de una personalidad visiblemente desgarrada o contrahecha, o, en todo caso, comprometida de tal modo por la enfermedad, que desaparece toda línea de demarcación entre "personalidad" y "síntoma". En lugar de enfrentarnos con casos de neurosis claramente delineados, estamos viendo cada vez más y más personas afectadas de trastornos menos definidos, más molestos a veces para las personas que rodean al paciente que para éste mismo. La fórmula según la cual "en la neurosis, lo que ha sido rechazado irrumpe bajo una forma ajena al yo", ha dejado de ser válida, por cuanto la forma, a menudo, no es ajena al yo, al punto que el fracaso de la defensa es menos manifiesto, a menudo, que la elaboración de la misma.

Sería tarea seductora la de investigar la causa de este cambio en las formas de la neurosis, pero tal cosa cae fuera de la competencia del analista. Lo único que podemos hacer es sugerir dónde ha de buscarse la respuesta a esta pregunta. El método y la manera en que el yo admite, rechaza o modifica los reclamos instintivos, depende de lo que en su medio, ambiente le fue enseñado respecto a la manera de enfocar estas exigencias. Durante las últimas décadas la moralidad, y con ello los conceptos vigentes en la educación en cuanto a los instintos, ha cambiado en gran medida. Los mecanismos de defensa empleados por la histeria clásica eran los de la represión propiamente dicha, y esto suponía, en todo caso, la prohibición lisa y llana de toda discusión respecto a las pulsiones censurables. La falta de consecuencia en la personalidad neurótica actual corresponde a la inconsecuencia de la educación de nuestros días. El cambio operado en la neurosis refleja el cambio que ha sufrido la moralidad. Pero para comprender este cambio sería necesario investigar los cambios sociales ocurridos en las últimas décadas.

El carácter del hombre es determinado por la sociedad. El medio ambiente impone frustraciones específicas, obstruye ciertos modos de reacción a las mismas y facilita otros. Sugiere ciertas maneras de actuar frente a los

conflictos entre las exigencias instintivas y el temor de nuevas frustraciones, e incluso era deseos, al erigir y dar forma a ideales específicos. Las diferentes sociedades, al destacar significación de valores diferentes y aplicar diferentes medidas de educación, dan lugar a la aparición de anomalías diferentes. La característica de nuestra inestable sociedad actual parece residir en los conflictos entre los ideales de independencia individual (surgidos con el ascenso del capitalismo y vigentes todavía hoy) y los anhelos regresivos de dependencia pasiva surgidos de la impotencia del individuo en cuanto a su seguridad y sus gratificaciones, y de medidas educacionales activas que surgen de una necesidad social de influencias de carácter autoritario. El neurótico de nuestros días tiene un yo restringido por medidas defensivas. El psicoanálisis ha tenido que adaptarse a este nuevo objeto, y ésta fue la razón decisiva de su creciente interés por los problemas del carácter.

LOS RASGOS PATOLÓGICOS DEL CARÁCTER: OBSERVACIONES PRELIMINARES

Algunas actitudes neuróticas del carácter demuestran constituir, al primer golpe de vista, una adaptación a la neurosis, un intento de desenvolverse del mejor modo posible dentro de una condición neurótica ya establecida. Existe una relación de reciprocidad entre estas actitudes y los síntomas originales. Estos rasgos de carácter son elaboraciones secundarias de síntomas neuróticos, en su mayor parte de síntomas de histerias de angustia de la infancia. El carácter neurótico así formado actúa como una defensa para preservar de nuevos síntomas, a pesar de lo cual puede servir de base para la estructuración de nuevos síntomas neuróticos.

Una neurosis es, en su comienzo, un derrumbe de los mecanismos de adaptación, algo que el yo sufre pasivamente, contra su voluntad, y no una combinación planeada, activa, de formas de adaptación a determinadas circunstancias contradictorias, como prefieren creerlo ciertos autores que no han discernido el carácter instintivo de los fenómenos neuróticos (820, 821). Pero se producen, secundariamente, intentos de adaptación destinados a reparar el derrumbe original y evitar nuevos descalabros. Estos intentos implican un menoscabo de la libertad y la flexibilidad del yo. Nos hemos encontrado con construcciones de esta índole en capítulos anteriores, al referirnos a las aversiones fóbicas y su anclaje en el carácter, al anclaje de los patrones de conducta mediante los cuales eran evitadas las situaciones "peligrosas" o bien eran provocadas otras, capaces de ofrecer un reaseguramiento, y a las actitudes "contrafóbicas" dirigidas a la superación de temores perturbadores. Hemos hallado también estas construcciones en las formaciones reactivas de los neuróticos obsesivos, donde tiene lugar un intento de coartar las actitudes instintivas originarias.

Los patrones de conducta de esta índole son rígidos y definitivos. Pertenecen al tipo de formaciones creadas de una vez para siempre. Una limitación crónica de la flexibilidad del yo, que es endurecido a objeto de servir de

protección contra los estímulos indeseables, externos e internos, permite evitar la lucha aguda con los impulsos instintivos. En los casos extremos la rigidez es total. En otros casos menos extremos, puede conservarse una relativa elasticidad, en forma tal que la rigidez de la norma de conducta se acentúa cada vez que hay ansiedad, y se suaviza un tanto en ocasión de toda experiencia de reaseguramiento o de placer que permite al individuo un aflojamiento de las barreras defensivas. Pero todos estos pacientes, unos más que otros, se ven coartados por sus mecanismos de defensa. Malgastan energías en continuas contraccatexis y dejan de aprovechar, con sus renunciamentos, ciertas diferenciaciones en el desarrollo. Sus respuestas a los estímulos externos se hallan sujetas siempre a patrones definidos, con lo que sacrifican toda vivacidad y elasticidad. En lugar de un conflicto viviente entre impulso y defensa, lo que hallamos son residuos congelados de conflictos anteriores. Estas modalidades de conducta, restrictivas del yo, no son necesariamente percibidas como extrañas. El paciente puede prestarles su aprobación consciente, e incluso puede no advertirlas.

Freud escribió cierta vez que "siempre le es posible al yo evitar una ruptura en cualquier sector de sus relaciones, ya sea deformándose o consintiendo en perder algo de su unidad, o incluso, a la larga, en ser escindido y disociado. De este modo las faltas de lógica, las excentricidades y las locuras de la humanidad entrarían en una categoría similar a la de las perversiones sexuales, ya que el avenirse a ellas le ahorra represiones" (611).

Puesto que el mantenimiento de estas excentricidades, que corresponden al tipo de las formaciones reactivas, exige un gasto de energía, sería más exacto decir que su formación equivale a un acto único y definido de represión, de modo tal que con él se evita la necesidad de ulteriores represiones separadas, que habrían de consumir más energía, y de repetidas experiencias angustiosas (433). En pequeña medida, todo ser humano es un "excéntrico" de esta clase, pero es en los caracteres patológicos donde estas excentricidades son predominantes.

Fromm hizo cierta vez la observación de que Freud mostró cómo son reprimidos los impulsos "malos" —sexuales y agresivos— del hombre, pero no estimó debidamente, a su juicio, el hecho de que la educación actual, la angustia frente al padre y las fuerzas sociales hacen que el niño reprima también lo que hay en él de "bueno" (653). Este reproche hecho a Freud es infundado. Freud manifestó, en forma explícita, que el psicoanálisis actúa liberando nuevamente, en las personas, las potencialidades positivas bloqueadas por las represiones (596). Pero los hechos que Fromm tenía in mente en aquel momento, por cierto no pueden ser refutados. El tipo de represión definitiva —de una vez por todas— que produce cambios crónicos y endurecimiento de la personalidad, obstruye la posibilidad de un ulterior desarrollo del yo. Todo rasgo patológico de carácter reduce necesariamente las potencialidades reales del individuo.

¿QUE ES EL "CARÁCTER"?

En la psicología del yo, el tema con que se enfrenta el psicoanálisis no es otro que el que tienen ante sí otras psicologías, pero gracias a su comprensión de las pulsiones inconscientes, se halla en condiciones de tratarlo de una manera diferente. Es evidente que un aparato que tiene la función de organizar, dirigir y, en caso necesario, refrenar, no puede ser comprendido sin el debido conocimiento de aquello que debe ser organizado, dirigido o refrenado. Los instintos, que hemos estudiado anteriormente, son aproximadamente iguales en todos los casos. El psicoanálisis, al enfocar las diferencias entre los yo individuales como la resultante de la interacción de las exigencias instintivas inconscientes y las influencias ambientales, está en situación de comprender las diferencias entre los seres humanos desde un punto de vista causal y genético. No solamente los deseos inconscientes, sino también el yo y sus patrones de conducta, son un producto de esta interacción de pulsiones y fuerzas inhibitorias.

El concepto de carácter tiene indudablemente un alcance más amplio que el de "modalidades de defensa ancladas en el carácter". El yo no tiene solamente la función de proteger al organismo de los estímulos externos e internos, bloqueando sus reacciones. Reacciona también, y tamiza y organiza los estímulos e impulsos, permitiendo expresarse directamente a algunos, y a otros en forma un tanto modificada. La organización dinámica y económica de sus actos positivos, y la forma en que el yo combina sus diferentes funciones para hallar una solución adecuada, todo esto contribuye a dar su forma peculiar al "carácter".

Hay, por lo tanto, muchas actitudes caracterológicas que no pueden llamarse defensas, pero ninguna hay que pueda considerarse independiente de los conflictos instintivos. No existe forma alguna de adaptación a las exigencias del mundo externo que se halle a cubierto de la influencia de las exigencias del individuo con respecto a ese mundo externo. No sólo las "actitudes del yo" y las "exigencias instintivas" no son inconmensurables, sino que la caracterología psicoanalítica se halla en condiciones de demostrar cómo las influencias ambientales convierten las exigencias instintivas en actitudes del yo. Desde el momento en que se constituye el yo, la organización, dirección y "tamización" de los impulsos instintivos, que deben ser puestos en concordancia con las gratificaciones y las frustraciones, constituyen las actitudes del yo.

Esta descripción del carácter es aproximadamente igual a la descripción que anteriormente hicimos del yo (véanse págs. 30 y sig.).

El carácter, en cuanto representa la manera habitual de hacer armonizar las tareas impuestas por las exigencias instintivas con las que impone el mundo externo, constituye necesariamente la función de aquella parte de la personalidad, persistente, organizadora e integradora, que es el yo. Éste ha sido definido, en efecto, como la parte del organismo que se encarga de las comunicaciones entre las exigencias instintivas y el mundo externo. Plan-

tear el problema del carácter, en consecuencia, sería plantear la cuestión de cuándo y cómo adquiere el yo las cualidades gracias a las cuales se adapta habitualmente a las exigencias que plantean respectivamente las pulsiones instintivas y el mundo externo, así como también, posteriormente, a las del superyó.

Waelder ha descrito, con el nombre de "principio de la multiplicidad de funciones", un fenómeno de cardinal importancia para la psicología del yo (1551). Este principio expresa la tendencia del organismo a la inercia, es decir, la tendencia a lograr el máximo efecto con el mínimo esfuerzo. Entre diversos actos posibles, es elegido aquel que mejor se presta a satisfacer simultáneamente las exigencias provenientes de varias fuentes. Un acto que satisface una exigencia del mundo externo puede, al mismo tiempo, dar lugar a una gratificación instintiva y satisfacer al superyó. El modo de conciliar estos diferentes objetivos es característico para una determinada personalidad. Por lo tanto, los modos habituales de adaptación del yo al mundo externo, al ello y al superyó, y los tipos característicos de combinación de estos modos, es lo que constituye el carácter. De acuerdo con esto, las perturbaciones del carácter son limitaciones, o maneras patológicas de comportarse con el mundo externo, las pulsiones internas y las exigencias del superyó, o perturbaciones que se producen en los modos de combinar estas diversas actividades.

He aquí un pasaje de Rado que viene al caso: "Bien puede ser que nos encontremos algún día con que los elementos individuales que participan en el modo de actuar de la función de síntesis constituyen el núcleo de lo que puede llamarse en psicoanálisis el carácter del yo" (1237).

La denominación de carácter destaca especialmente la forma habitual de una determinada reacción, su relativa constancia. Estímulos enteramente diferentes producen reacciones similares. Así, por ejemplo, un impulso instintivo condenable, de cualquier índole, que se halle cercano a su realización, puede producir una reacción de rencor en algunas personas, en otras, de complacencia pasiva, de crueldad en otras, y así sucesivamente.

Desde luego podemos decir, a título de adelanto, que esta relativa constancia depende de una cantidad de factores. Se trata, en parte, de la constitución hereditaria del yo y en parte de la naturaleza de los instintos contra los cuales se dirige la defensa, pero es el mundo exterior, la mayor parte de las veces, el que impone al individuo la actitud peculiar que éste adoptará (véanse págs. 583 y sig.).

Al igual que en los otros terrenos de la investigación psicoanalítica, también en el estudio del carácter lo patológico fue comprendido antes que lo normal. Y, una vez más, la "fijación" y la "regresión" son los conceptos básicos para esta patología. Si un yo no se halla completamente desarrollado, o ha retrocedido a etapas previas de desarrollo, las formas habituales de reacción de este yo, vale decir, el carácter, serán igualmente arcaicas. Muchas actitudes patológicas son aclaradas por la comprensión de las fases tempranas

de desarrollo del yo. El desarrollo del yo se caracteriza por los siguientes conceptos: oralidad, analidad, genitalidad; carencia de objetos, incorporación (identificación), precursores pasivos del amor (relaciones ambivalentes de objeto), amor; principio de placer, principio de realidad; primeros indicios de conciencia en las sensaciones de tensión y relajación, la incorporación como la más primitiva de las formas de percepción, percepción rígida por las necesidades instintivas, percepción objetiva; el juicio acerca de si un estímulo determinado es portador de tensión o de relajación, el juicio dirigido por deseos y angustias, el juicio objetivo; movimientos de descarga incoordinados, "omnipotencia" de los movimientos, actos dotados de propósito; alucinaciones optativas, pensamiento mágico optativo, pensamiento objetivo; omnipotencia, proyección de la omnipotencia, tendencia a una nueva participación en la omnipotencia perdida; control de la autoestima mediante suministros narcisísticos, mecanismos independientes de regulación de la autoestima con la ayuda del superyó.

La primitiva regulación de los estímulos mediante una conducta pasivo-receptiva, que tiene su raíz en el hecho de que la criatura humana atraviesa una larga fase de dependencia, es reemplazada gradualmente por una conducta activa. Pero el recuerdo de aquella primera fase hace al hombre pasible de recaer en todo momento en un ansia nostálgica, regresiva, de sustituir la conducta activa por la receptividad primitiva. Todo fracaso, toda situación desesperada o disminución de la autoestima, puede movilizar este anhelo.

En muchas situaciones sociales el individuo se encuentra frente a esta alternativa: o adoptar una conducta activa e independiente y pagarlo con el hecho de sentirse solo y sin protección, o "pertenece a algo" y hallar la deseada protección, a cambio de perder la independencia (653). La educación actual, por razones de índole social, hace más agudo este conflicto. Esto constituye el fundamento psicológico de muchos problemas sociales y culturales.

La última complicación que se produce en la estructura del yo, la instauración del superyó, constituye también un hecho decisivo para la formación de las normas habituales de carácter. Lo que un individuo considera bueno o malo es característico para él, y lo es de igual modo el hecho de tomar en serio, o no, los mandatos de la conciencia, y el de obedecer a la misma o tratar de rebelarse contra ella. La estructura del superyó, su fortaleza y la manera en que el yo reacciona ante él, dependen primeramente de la conducta real de los padres, y en segundo lugar, de las reacciones instintivas del niño frente a ellos, lo que a su vez depende de la constitución del niño y del conjunto de sus experiencias previas. No se trata solamente de la clase de personas que fueron sus padres. La formación del superyó depende asimismo de varios factores más: qué actitudes de los padres adopta el niño; si imita la conducta de carácter positivo de los padres o sus actitudes prohibitivas, en qué etapa del desarrollo se produce todo esto, y si la parte restante del yo se fusiona con la parte modificada por la identificación o bien adopta una actitud de oposición a la misma.

El superyó se encarga de transmitir de una generación a otra, no sólo el contenido de lo bueno y lo malo, sino también la idea misma del bien y del mal, las actitudes predominantes hacia esta idea y la aceptación o el rechazo de una autoridad que reclama obediencia. y a cambio de ésta promete protección. El superyó refleja no solamente la figura de los padres de cada individuo, sino también la sociedad a que pertenece ese individuo, y las exigencias de la misma.

Las influencias culturales que obran sobre la estructura del carácter de la juventud, en una sociedad determinada, no se reducen, de ningún modo, al superyó. La estructuración del superyó es, en cierta medida, una repetición de la estructuración del mismo yo. El yo "es un intermediario entre el organismo y su ambiente", y de acuerdo con esto, varía con los diferentes ambientes. El yo es, en gran parte, un compuesto de diversas identificaciones tempranas. Su naturaleza varía, por lo tanto, con las cualidades de los modelos que le sirvieron para sus identificaciones.

La apreciación del contenido formal e ideacional del superyó, con respecto a la formación del carácter, ha conducido a intentar la explicación de las diferencias empíricas entre el carácter del hombre y el de la mujer por las diferencias en la estructuración del superyó masculino y el femenino. Freud ha expresado la idea de que "los rasgos de carácter por los cuales siempre se ha criticado y reprochado a la mujer —que tienen menos sentido de la justicia que los hombres, que se someten menos a las grandes necesidades de la vida, y que en sus decisiones se dejan guiar, con frecuencia, por sus afectos y enemistades—", podrían "deberse en gran parte a una diferencia en la formación de su superyó" (617). Según Sachs, la frustración de los deseos edípicos en la niña conduce a una regresión parcial a la oralidad y a intentos de quedar ligada al padre mediante una incorporación oral. Solamente en el caso en que esta incorporación pierde su significado libidinoso y se "desexualiza", tiene lugar la formación de un verdadero superyó (1333). Pero las diferencias de orden sexual que intervienen en la formación del superyó no son las mismas, por cierto, en condiciones culturales diferentes. Su modo de reflejarse respectivamente en el carácter del varón y de la niña varía de la misma manera en que difieren los medios de educación infantil, y su contenido en concordancia con las diferencias sociales (655).

En la formación del carácter tienen también importancia, junto a la estructuración del superyó, la formación ulterior de ideales y su modificación. Sucede a veces que ciertas personas, que se toman como modelos, o ciertas ideas, son "introyectadas en el superyó" de la misma manera en que los objetos edípicos fueron introyectados durante la infancia. Otras veces los "ideales del yo" más recientes parecen quedar en una posición más periférica dentro de la personalidad. La adaptación al superyó primitivo, de un objeto recién introyectado, puede acarrear complicaciones (603).

CLASIFICACION DE LOS RASGOS DE CARACTER

En su conjunto, el carácter refleja el desarrollo histórico del individuo. Las capas más superficiales representan, por regla general, las adquisiciones más recientes. Aunque no siempre esto es así. Las regresiones y las irrupciones complican el cuadro. El orden en que las diferentes capas van apareciendo, de hecho, en el análisis, puede ser tan diferente de su orden histórico original como lo es la profundidad relativa de las capas geológicas con respecto a su antigüedad histórica.

Las actitudes caracterológicas son compromisos entre los impulsos instintivos y las fuerzas del yo que tratan de dirigir, organizar, postergar o bloquear tales impulsos. Es tan evidente, a veces, la forma en que una actitud se muestra como una ocasión de satisfacción instintiva, que no se requiere el auxilio del psicoanálisis para descubrirlo. Son mucho más numerosas las actitudes en que resulta evidente el propósito de controlar, e incluso de negar y reprimir un determinado impulso instintivo, o de defenderse de un peligro instintivo.

Esta diferencia nos puede servir para una clasificación de los rasgos de carácter. De acuerdo con un criterio dinámico, la base para esta diferenciación sería el hecho de que un rasgo de carácter tienda más bien a favorecer la descarga de un determinado impulso o a coartarlo. Freud dijo: "Los rasgos permanentes de carácter son o bien perpetuaciones intercambiables de impulsos originales, o bien sublimaciones de éstos o formaciones reactivas contra los mismos" (563). La caracterología psicoanalítica deberá hacer, por lo tanto, la distinción entre aquellos rasgos de carácter en los cuales posiblemente después de una modificación en el fin y el objeto, la primitiva energía instintiva es libremente descargada, y los de carácter defensivo, en los cuales la actitud instintiva primitiva, que es contraria a la manifiesta, es mantenida a raya mediante el auxilio de una contracatexis. A la primera categoría de rasgos de carácter podría dársele el nombre de "tipo sublimado" y a la segunda el de "tipo reactivo" (véase el diagrama sobre sublimación" y "formación reactiva", pág. 180).

El predominio relativo de una u otra categoría de rasgos de carácter no puede dejar de ser decisivo para la personalidad.

LOS RASGOS DE CARACTER DEL TIPO SUBLIMADO

El yo puede, en efecto, lograr el reemplazo de un impulso instintivo primitivo, no sólo por otro que sea algo menos perjudicial, sino también por un impulso compatible con el yo, un impulso organizado e inhibido en su fin. El yo se constituye en canalizador del torrente de los instintos, no en un dique. Éste es el tipo de defensa que Freud tenía in mente cuando, en sus primeros ensayos, se refería, con frecuencia, a la "represión exitosa", es oposición a las represiones fallidas, que se encuentra en la patogénesis de las neurosis (589). Estos mecanismos "exitosos" no ofrecen mayor interés al

estudio de las neurosis, pero son de la mayor importancia en el estudio del carácter. La transformación de los rasgos reactivos en rasgos auténticos del "tipo sublimado", es el principal objetivo en el análisis del carácter.

El conocimiento psicoanalítico de las "represiones exitosas" se halla todavía en la etapa de los tanteos. Ya nos hemos ocupado de la relación entre sublimación y represión, así como de las condiciones que favorecen el logro de una sublimación (véanse págs. 167 y sigs.). El ejemplo de este tipo que ha sido objeto de un estudio más acabado es el de la instauración del superyó mediante la identificación con los objetos del complejo de Edipo (608). Es muy probable que toda sublimación sea llevada a efecto mediante mecanismos iguales o similares a la identificación.

Se conocen mucho mejor las condiciones que dan lugar a la creación de rasgos reactivos de carácter que aquellas en que se originan los del tipo sublimado. Lo único que puede afirmarse es que la ausencia de condiciones favorables a la creación de rasgos reactivos es el principal requisito previo para la estructuración de sublimaciones. Las experiencias que se oponen a la realización de los deseos pregenitales primitivos no deben ser ni demasiado intensas ni demasiado repentinas y violentas. Tienen que bastar para producir un cambio en la pulsión, sin obligar a una reacción demasiado intensa. Tienen que darse condiciones ambientales que favorezcan el hallazgo del "sustituto" para la sublimación, proveyendo modelos y sugiriendo salidas a los conflictos. Muchos rasgos de sublimación tienen probablemente su raíz en etapas de desarrollo más precoces que las que corresponden a los rasgos reactivos.

LOS RASGOS DE CARACTER DE TIPO REACTIVO

Los rasgos de carácter de tipo reactivo pueden ser subdivididos en actitudes de evitación (actitudes fóbicas) y de oposición (formaciones reactivas). Todas ellas se delatan en una o más formas: por la simple fatiga y una inhibición general debida a un empobrecimiento económico, por su carácter retorcido y su rigidez, o bien por los impulsos rechazados que vuelven a abrirse paso, ya sea directamente o en forma deformada, ya en los actos o en los sueños. Todos los rasgos de carácter de tipo reactivo, por lo tanto, limitan la flexibilidad de la persona, ya que ésta se vuelve incapaz tanto de una satisfacción completa como de una sublimación.

Las actitudes defensivas habituales pueden ser subdivididas, a su vez: algunas personas crean una actitud defensiva solamente en determinadas situaciones, mientras que otras mantienen sus actitudes defensivas en forma relativamente permanente, como si la tentación instintiva a rechazar estuviera constantemente presente. Las personas de esta clase son, por razones de defensa, o bien desvergonzadas o muy educadas, vacías de afecto o siempre dispuestas a censurar a los demás. Sus actitudes son inespecíficas y se mantienen en forma indiscriminada frente a todos. En un sentido estricto, estas actitudes pueden ser llamadas "defensas del carácter". En el análisis, es urgente que la personalidad sea primeramente liberada de la rigidez de

estas actitudes, porque las energías patógenas se hallan realmente "fijadas" en ellas. Aun en los casos en que exista la evidencia de alguna lucha activa entre instinto y defensa en algún otro punto, tiene importancia decisiva que el analista dirija su atención a las defensas rígidas del carácter (433, 438).

Si el análisis logra la reactivación de los viejos conflictos, los instintos infantiles no se pondrán inmediatamente de manifiesto. En lugar de ello, el paciente crea sentimientos de angustia más o menos graves, y sólo el análisis de esta ansiedad trae a la superficie los impulsos instintivos. Una capa de angustia se ha interpuesto entre el impulso primitivo y la actitud finalmente resultante. Son muchos los patrones patológicos de conducta moldeados, de hecho, por las defensas contra la angustia, y en la mayor parte de los casos se trata de una histeria de angustia de la infancia que ha sido superada por la conducta reactiva.

Del mismo modo que en el análisis de síntomas compulsivos hacen frecuentemente su aparición, en el análisis de los rasgos reactivos de carácter, diversas perturbaciones físicas vegetativas y hormonales. La continuación del análisis revela que estos síntomas son equivalentes de la angustia intercalados entre el impulso primitivo y la actitud resultante final.

Un carácter de naturaleza predominante reactiva necesariamente es un carácter carente de eficiencia. Los patrones de conducta de tales personas constituyen una expresión de las contracatexis de rechazo, pero muy a menudo se hallan entremezclados con características de los mismos impulsos rechazados, que han vuelto a abrirse paso. Las personas de este tipo pueden ser llamadas "caracteres reactivos" (1073). El análisis revela en ellos, habitualmente, una compleja estructura, de muchas capas diferentes. El carácter no se compone solamente de formaciones reactivas contra exigencias instintivas originales, sino también de formaciones reactivas contra otras formaciones reactivas.

El caso más extremo de carácter reactivo es el de los ascetas, cuya vida transcurre íntegramente en medio de una lucha contra las exigencias instintivas. Son personas que escasamente se permiten alguna actividad, porque toda actividad tiene, para ellos, un significado instintivo prohibido. Hay excéntricos que consagran su vida a combatir un determinado mal, el que representa inconscientemente, para ellos, sus propias exigencias instintivas. En el capítulo sobre inhibiciones (véase pág. 213) nos hemos ocupado de otros tipos pertenecientes a esta categoría.

Otro ejemplo de la rigidez de los caracteres reactivos es el que ofrecen los "trabajadores incansables", que se encuentran en la necesidad de trabajar constantemente para librarse de percibir su insoportable tensión interna. Uno de los pacientes de Reich, con bastante razón, se calificaba a sí mismo de "robot" (1272). Resulta evidente la razón por la cual el trabajo en tales condiciones tiene que perder necesariamente parte de su eficacia. Habría que mencionar también, por igual razón, ciertas "neurosis del día domingo" (484). Se trata de pacientes que se convierten en neuróticos los domingos, porque en los días de trabajo logran evitar la neurosis mediante un trabajo

de tipo neurótico, es decir, reactivo. Estas personas no huyen de algo que en el mundo objetivo significa para ellos tentación o castigo, hacia un mundo de fantasía; sino que, de sus fantasías de contenido instintivo, huyen, más bien, de las fantasías instintivas a una realidad externa "reactiva".

Pese a toda la rigidez de los rasgos reactivos de carácter, el peligro de que vuelvan a abrirse paso los impulsos primitivos es constante.

Si un bombero provoca incendios para poderlos apagar, delata con ello el hecho de que su interés en combatir el fuego no era realmente del "tipo sublimado".

Un vegetariano convencido, que había ocupado un lugar de primera fila en el movimiento vegetariano, cambió de ocupación al cambiar las condiciones externas, y adoptó el oficio de carnicero.

La conducta reactiva es hallada no solamente en las actitudes dirigidas contra los impulsos instintivos, sino también en los conflictos que giran alrededor de la autoestima. Muchas personas que ostentan una conducta más o menos arrogante están luchando, en realidad, contra la posibilidad de advertir sus profundos sentimientos de inferioridad. Otras personas, que se desprecian a sí mismas, por insignificantes, están encubriendo con ello una actitud arrogante hondamente arraigada (1263). Muchas ambiciones se hallan basadas en una necesidad de contradecir un sentimiento de inferioridad, y muchos casos de actividad sirven para encubrir anhelos pasivos. Con mucha frecuencia, sin embargo, estos intentos fracasan y surge a la superficie la capa más profunda.

Un compromiso que se produce con mucha frecuencia, entre un anhelo superficial de independencia y actividad y otro anhelo, más profundo, de receptividad pasiva, es la idea de que es necesario pasar por una etapa transitoria de receptividad para asegurar el logro de una independencia futura. De esta manera, la independencia puede ser gozada en forma de fantasía anticipatoria, al mismo tiempo que la pasividad es gozada en la realidad. Esta simultaneidad constituye una de las ventajas emocionales de la infancia. El niño se somete a la masculinidad del padre para ser masculino, más tarde, en él mismo. La tendencia a conservar este feliz compromiso es una de las razones por las cuales hay tantos neuróticos inconscientes interesados en permanecer en el nivel del niño o el adolescente.

Entre los caracteres reactivos pueden distinguirse dos tipos básicos. Uno es la persona enteramente "frígida", que tiene una "fobia a los sentimientos" y rechaza todo lo que sea sentimiento. A cambio de esto, ha creado un frío intelecto. El otro tipo es un hiperemotivo. Como formación reactiva contra las emociones que teme, ha creado "contraemociones" que producen una impresión falsa y teatral. Pero, por regla general, en estas contraemociones se mezclan las emociones originales primitivas más de lo que el paciente sabe. La coerción de las emociones es tan intensa, que la energía represada inunda toda la personalidad, dando por resultado una coloración emocional que alcanza incluso a la actividad intelectual y racional del individuo. En el análisis, el primer tipo presenta una resistencia en forma de intelectualización del análisis, mientras que al segundo, que puede

producir abundante material emocional, le faltan la distancia y el relajamiento necesarios para considerarlo en forma objetiva.

Los rasgos reactivos de carácter han sido comparados por Reich a una armadura que se ciñe el yo para protegerse al mismo tiempo de los instintos y de los peligros externos (1271, 1274, 1279). Esta rigidez de armadura, en el carácter, tiene su origen en el constante choque entre las exigencias instintivas y un ambiente frustrador, y el carácter resultante "deriva su fortaleza y su derecho permanente a la existencia de los conflictos corrientes entre los instintos y el medio ambiente" (1275). Hay que imaginarse que para permitir cualquier comunicación esta armadura tendrá que ser perforada. En el caso del carácter reactivo, nos lo dice el símil, las perforaciones son estrechas y el material que las rodea carece de elasticidad.

Dado que las formaciones reactivas están precondicionadas por la ambivalencia, el papel que desempeñan en cada caso es de importancia tanto menor cuanto más definida es la concentración genital en la sexualidad de la persona dada. En consecuencia, los caracteres reactivos coinciden, en su mayor parte, con los "caracteres pregenitales" de que se hablará más adelante.

La primacía genital implica otra ventaja para la formación del carácter, además de la superación de la ambivalencia. La capacidad de alcanzar el orgasmo es condición necesaria para poner fin a las etapas de estancamiento. Proporciona una oportunidad de regulación económica de las energías instintivas (1270, 1272).

Es importante que hagamos hincapié aquí en este hecho: el procedimiento de clasificación en forma de tipos opuestos es necesariamente abstracto. En realidad, todas las personas poseen rasgos de carácter de uno y otro tipo. El carácter "postambivalente" ideal, sin formaciones reactivas (25), no deja de ser un concepto puramente teórico.

En el capítulo sobre la homosexualidad hemos visto cómo un impulso agresivo hacia una persona es superado y reemplazado por el amor, mediante la identificación con dicha persona (véanse págs. 380 y sig.). Este cambio puede ser del "tipo sublimado", pero lo más frecuente es que se advierta, por ciertos vestigios de la primitiva actitud hostil que acompañan al nuevo sentimiento, la persistencia, en el inconsciente, de las tendencias rechazadas. Es decir, que el cambio ha sido del tipo reactivo. Una parte de la hostilidad primitiva puede ser "canalizada" en la identificación, otra parte simultáneamente conservada y coartada mediante contracatexis.

Según Freud, los miembros de un grupo se identifican entre sí, y en razón de ser absorbida, mediante esta identificación, la catexis agresiva original, cesan de luchar entre ellos (606). Muy a menudo, en realidad, se trata de una cesación condicional: las tendencias agresivas vuelven a aflorar con gran facilidad. La proporción relativa entre el tipo sublimado y el tipo reactivo, en los mecanismos de rechazo de los impulsos agresivos, en un grupo social determinado, es de gran importancia para la determinación de su estructura psicológica. Esta proporción es concluyente para apreciar hasta qué punto se puede confiar en la estabilización o limitación

de la agresión, y en qué medida es simplemente aparente, una máscara mantenida a costa de gran esfuerzo.

Se dice a veces que los analistas simplifican su tarea mediante el simple recurso de suponer que el paciente piensa o siente lo opuesto de lo que dice o hace. Pero la cosa no es tan simple. Las actitudes reactivas encubren realmente el sentido opuesto, pero no así las otras actitudes. Se debe recurrir a criterios clínicos definidos para establecer si el paciente piensa o siente realmente lo opuesto de lo que dice, del mismo modo que no se puede dar por confirmada o refutada una interpretación por el solo hecho de que el paciente diga sí o no (véanse págs. 45 y sig.). Tienen carácter decisivo las manifestaciones clínicas (empobrecimiento general, rigidez, brechas en la defensa) y las reacciones dinámicas del paciente a las interpretaciones.

LA DEFENSA Y EL IMPULSO INSTINTIVO EN LOS RASGOS PATOLÓGICOS DE CARÁCTER

Carecería de fundamento el afirmar que todos los rasgos patológicos de carácter se estructuran de acuerdo con el modelo de las formaciones reactivas. Algunas actitudes patológicas dan la impresión de intentos de satisfacción instintiva, más que de actitud de oposición a los instintos. Una persona a quien le gusta contradecir, por ejemplo, no solamente contradice sus propios impulsos en una forma proyectiva, sino que también puede satisfacer su combatividad. Puede haber impulsos sádicos no sólo como base de la bondad y la justicia, sino también de la crueldad y la injusticia. Las tendencias instintivas pueden haber sido incorporadas a la organización del yo y hallarse bajo su influencia, y ser con todo patológicas. Mediante los métodos de la racionalización y la idealización (véanse págs. 542 y sig.), el yo puede engañarse a sí mismo respecto al carácter verdadero de sus actividades. Las gratificaciones deformadas, firmemente "empotradas", gracias a tal disfraz, en los rasgos de carácter, alcanzan a menudo una importancia vital para toda la economía libidinosa. La persona no está dispuesta a privarse de ellas sin grandes dificultades, y por esta razón estos rasgos de carácter se presentan también en el análisis como "resistencia del carácter". Puede darse incluso que entre todas las actitudes desarrolladas por el individuo sean aquellas que tienden a procurar satisfacciones ías que se convierten en crónicas y moldean el carácter. A esto hay que agregar que al hablar de satisfacción, en este aspecto, no se trata solamente de satisfacción de deseos instintivos, sino también satisfacción del anhelo de seguridad.

Algunas actitudes del yo, aparentemente instintivas, tienen, sin embargo, en primer término, una función de defensa. Los conceptos de "instinto" y "defensa" son relativos. Hay noticias de neurosis en las cuales el conflicto fundamental parecía plantearse entre dos instintos de fin contradictorio (42). Podría demostrarse que el conflicto instintivo que sirve de base a estas neurosis es también, invariablemente, un conflicto estructural, y que uno de los instintos en pugna es sostenido por una defensa del yo o reforzado

con un propósito de defensa del yo (véanse págs. 154 y sig.). No es el caso de una actitud defensiva definida, en lucha contra un impulso definido. Existen siempre variaciones, lucha activa y penetración recíproca. Junto a la conocida disposición en tres capas —instinto, defensa, instinto que se abre nuevamente paso— existe otra disposición en tres capas: instinto, defensa, defensa contra la defensa.

Así, por ejemplo, un hombre que se ha hecho pasivamente femenino a causa de la angustia de castración, puede superar esta defensa acentuando particularmente su conducta masculina.

La identificación puede constituir un mecanismo de verdadera sublimación. Pero, por otro lado, en la depresión, los impulsos instintivos rechazados mediante la identificación siguen actuando contra el objeto introyectado. El hecho de que la identificación actúa de esta manera, no nos revela si la actitud en cuestión se basa en una sublimación o es, por el contrario, de carácter reactivo.

Un ejemplo de especial importancia desde el punto de vista de las relaciones sociales en general, es la psicología de la compasión. La compasión es, sin duda, un rasgo de carácter vinculado a un primitivo sadismo. Cabe sospechar la existencia de una formación reactiva. A menudo esta sospecha se confirma bastante, y es cuando, mediante el análisis, o a causa de una explosión instintiva, aparece efectivamente el sadismo bajo la máscara de la compasión. Pero otras veces la compasión parece ser una sublimación, y haber reemplazado realmente al sadismo. Y en ambos casos el mecanismo básico parece ser una identificación con el objeto del sadismo primitivo.

Jekels estudió detalladamente la compasión del tipo sublimado (848). Una persona puede, por ejemplo, haber deseado originariamente que un hermano fuera pegado por el padre. Se opondrá él mismo a este deseo, pensando que no es el hermano el que debe ser pegado, sino él mismo, por haber tenido ese mal deseo. Esta persona, del tipo descrito por Jekels, repudiará luego esta idea mediante el pensamiento de que no debería ser pegado, que quería ser amado. Y desde ese momento tratará a los objetos tal como había querido ser tratado por su padre, o luego por el superyó. La compasión que infunde a su conducta hacia los objetos es una especie de gesto mágico, que pide amor hacia él y niega la idea de que merece ser pegado. Tenemos, de esta manera, el siguiente desarrollo: hostilidad, sentimiento de culpa, temor a la represalia, intentos de forzar el perdón mediante un gesto mágico. Este tipo de compasión constituye un intento de solucionar conflictos narcisísticos con el superyó en términos del ambiente, lo cual no deja de ser un procedimiento habitual. Su psicogénesis se caracteriza por una forma de identificación bastante complicada. Y una vez más, el conocimiento de este hecho no nos revela si las tendencias instintivas originarias son completamente absorbidas, o no, por la defensa (848; véanse también 365, 851).

Así como las personas piadosas de este tipo muestran con su "gesto mágico" cuán amistosamente desearían ser tratadas por su superyó, las personas que son agresivas a causa de sus sentimientos de culpa muestran cómo desearían ser castigadas por su superyó.

Para resumir: Los rasgos de carácter son precipitados de los conflictos instintivos, y por ello son accesibles, en principio, al análisis. Los trastornos del carácter, empero, no son solamente una forma específica de neurosis, difícil de definir y que merece ocupar el capítulo final en una obra sobre las neurosis específicas, ya que todas las neurosis, excepto las infantiles, tienen su raíz en el carácter, es decir, en la variedad particular de adaptación que ha hecho el yo a los instintos, así como al mundo externo. El origen de esta adaptación hay que buscarlo en la historia individual de los conflictos instintivos de la infancia, comúnmente en la historia especial de una histeria de angustia infantil.

Es imposible, naturalmente, aislar una de otra las cuatro funciones del yo: trabarse en lucha con las exigencias instintivas, con el superyó y con las exigencias del mundo externo, y unificar además estas tres esferas interdependientes de acuerdo con el principio de la de "función múltiple". El trato acordado a las exigencias instintivas determina el modo de tratar los objetos, y viceversa. Sin embargo, no existe otra manera de hacer un examen de los diferentes tipos de trastornos neuróticos del carácter que estudiar separadamente las anomalías que aparecen en el cumplimiento, de parte del yo, de aquellas cuatro funciones. Pero esta clasificación no deja de ser asistemática en alto grado, y apropiada solamente para una primera orientación, grosso modo, en este tema.

LA CONDUCTA PATOLÓGICA FRENTE AL ELLO

EL TIPO DE FRIGIDEZ GENERALIZADA Y EL PSEUDO EMOTIVO

Los neuróticos son personas extrañadas de sus impulsos instintivos. No los conocen y no los quieren conocer. O bien no los sienten del todo, o sienten sólo una pequeña parte de los mismos, o los experimentan de una manera deformada.

Dos tipos básicos de conducta patológica hacia el ello hemos mencionado como ejemplos de carácter reactivo. Uno es el del individuo de "frigididad generalizada", que evita más o menos todas las emociones.

Un paciente, que odiaba su profesión, sus amigos y la vida en general, porque en ninguna situación podía hallarse a gusto, amaba su único hobby: las matemáticas. Era, para él, el terreno en que no había emociones.

Estas personas carecen de toda comprensión del "proceso primario" de la psicología de las emociones y los deseos (44). En el análisis, debido a esta resistencia, no entienden las interpretaciones de las vinculaciones

emotivas, porque sólo aceptan las relaciones de orden lógico. Cuando, en el análisis, se logra cambiar estas actitudes, los pacientes, no acostumbrados a los afectos, se asustan fácilmente de sus nuevas experiencias. A menudo no reconocen sus afectos, y en lugar de éstos sienten "equivalentes del afecto", de carácter somático.

Algunas personas de este tipo evitan darse cuenta de sus deficiencias con demostrarse a sí mismas que son muy "eficientes". Son naturalezas frías, incapaces de sentir simpatía hacia los demás, "en fuga hacia la realidad", desde su temido mundo de fantasías, pero hacia una realidad desvitalizada, muerta. El analista, si bien llega habitualmente, tarde o temprano, a conocer bien la personalidad de aquellos que rodean al paciente, nunca llega a saber nada de la personalidad de sus "amigos". Mal podrían las asociaciones del paciente ofrecer un cuadro vívido de tales amigos, si él mismo, en realidad, no los conoce. En casos extremos, la vida de estos pacientes termina por resultar relativamente vacía. Son personas que pueden aprender, secundariamente, a ocultar sus deficiencias y a comportarse "como si" tuvieran sentimientos verdaderos y verdadero contacto con la gente (331).

El segundo tipo es el del hombre que tiene emociones intensas pero incontroladas. Esas emociones, al no encontrar una salida natural, lo han inundado y "sexualizado" todo. Son individuos superagitados y que no saben poner ninguna distancia entre ellos y sus sentimientos. Viven demasiado en el plano del proceso primario como para poder reflexionar sobre ello.

Una persona normal es capaz de recordar lo que sentía cuando era niño. Una persona del tipo de "frigidéz generalizada" ha olvidado las emociones de la infancia. El hiperemotivo, en cambio, sigue siendo un niño.

Es costumbre distinguir, en todas las manifestaciones artísticas, entre clásicos y románticos, es decir, entre las personas apegadas a las formas y los sistemas tradicionales y los que son impulsivos y crean nuevas formas. Se habla de personas dirigidas por la inteligencia y otras a quienes gobiernan sus sentimientos. Algo similar a esto existe en la distinción que se hace entre extravertidos e introvertidos. Los dos tipos que hemos descrito representan la forma patológica extrema de este par de opuestos. La evolución que conduce del principio de placer, puramente emocional, al proceso secundario, de control, es gradual, y su modalidad particular depende de la historia individual. A veces es reprimido todo el primitivo mundo del principio de placer: esto es lo característico del tipo "frígido". Otras veces la evolución es perturbada de tal modo por los conflictos instintivos, que el control del yo, con sus formaciones secundarias, resulta ineficaz. El primer tipo huye de las tendencias instintivas que teme hacia la sobria realidad, en tanto que para el segundo la realidad se halla tan llena de cosas representativas de los instintos temidos, que huye a un mundo sustitutivo de fantasía.

Tanto el frígido generalizado como el pseudo emotivo pueden elaborar posteriormente sus actitudes de diversas maneras. La persona "frígida" puede, por ejem-

plo, encubrir su frigidéz con una disposición a aceptar con ecuanimidad todas las experiencias y de tal modo reaccionar en forma aparentemente tan adecuada que quede oculta su carencia de sentimientos. El hiperemotivo puede lograr diversos beneficios secundarios derivados de su intensa (pseudo) empatía.

TIPOS OCASIONALMENTE FRIGIDOS

Otras personas son sólo ocasionalmente, no totalmente, frías. Pueden tolerar las emociones mientras se dan ciertas condiciones de reaseguramiento. Habitualmente toleran las emociones hasta que la excitación llega a cierto grado de intensidad, y se atemorizan cuando esta intensidad es sobrepasada. Las emociones no deben ser demasiado intensas ni demasiado graves. Los individuos neuróticos son introvertidos. Se han apartado de los objetos reales hacia una fantasía sustitutiva. Sus emociones son del tipo de los "sueños diurnos", y tratan de evitar, en cambio, las emociones "reales".

Un camino propicio para el retorno de la introversión a la objetividad es, para los individuos dotados de talento, el arte (564).

Hay muchos chicos que sienten la compulsión a hacer el papel de bufón para hacer reír a los demás. No pueden tolerar la seriedad. También en los adultos ocurren perturbaciones similares. Esta conducta significa que la persona teme ser castigada por sus impulsos instintivos. Simulando no hacer otra cosa que bromas, tiene la esperanza de evitar el castigo. Habitualmente, sin embargo, las payasadas son algo más que un modo de rehuir el castigo. Tienen una cualidad exhibicionista, y representan un intento de lograr aprobación de parte de los espectadores, y de seducirlos y hacerles participar en sus bromas de contenido sexual o agresivo (556, 1294). La idea de hacer reír a los demás es un sustituto de la idea de excitarlos. Sin el carácter de broma, esta excitación sería atemorizante.

La "emoción seria" que estas personas tratan de evitar es a menudo la rabia. Algunas veces, sin embargo, la rabia se ha convertido en un componente necesario de su excitación sexual, y al combatir la rabia, combaten simultáneamente la excitación sexual.

DEFENSAS DEL CARACTER CONTRA LA ANGUSTIA

En muchos casos de caracteres reactivos la defensa no se dirige (o no se dirige solamente) contra los impulsos, sino contra el hecho de experimentar emociones vinculadas a los impulsos. Todos los mecanismos de que nos hemos ocupado como "defensas contra los afectos" (véanse págs. 189 y sigs.), pueden verse reflejadas en las actitudes del carácter.

Cuantiosas contrarreactivas son empleadas a menudo en la defensa contra la angustia. Muchas actitudes defensivas no se dirigen contra la *situación* en que puede surgir la angustia, sino únicamente contra la aparición de esta *angustia* (1629).

Un niño asustado necesita, ante todo, afecto externo, o más bien sumi-

nistros narcisísticos, para ser menos desvalido y sentirse más cercano a la omnipotencia. Necesita el contacto de la mano de la madre, es decir de un principio "bueno", para luchar contra la angustia "mala" que tiene dentro de sí: es la introyección.

Es frecuente también el tipo opuesto de protección contra la angustia: la proyección. "No soy yo el asustado, es el otro". Algunas veces, cierto grado de angustia en los demás sirve de ayuda contra la angustia propia, mientras que, si en los demás llega a ser grande, puede movilizar el pánico (véanse págs. 245 y sig.).

Todo aquello que aumenta la autoestima tiene un efecto estimulante y es buscado, por ello, por las personas en lucha contra la ansiedad. Ciertas personas parecen regidas enteramente por una necesidad de acumular reaseguramientos contra supuestos peligros. En las más primitivas, es la necesidad de acumular suministros narcisísticos, afecto, aprobación, poder, prestigio; en las menos primitivas, se trata de la aprobación del superyó. Debido al hecho de que la causa real de una ansiedad neurótica es inconsciente y se halla vinculada a exigencias instintivas que tienen su origen en fuentes somáticas, todos los reaseguramientos, por regla general, resultan insuficientes.

En general, se puede afirmar que aquellos que ponen un apasionado empeño en lograr poder o prestigio, son personas inconscientemente atemorizadas que tratan de superar y negar su ansiedad. Los "caracteres narcisistas" (véanse págs. 421 y sigs., 563 y sigs., y 592 y sig.), no nacen tales. Sus actitudes se dirigen a combatir temores, habitualmente temores muy arcaicos (orales). Es interesante el hecho de que los tipos cuyos conflictos giran alrededor de su necesidad de reaseguramiento narcisístico son cada vez más frecuentes que aquellos otros que tienen auténticos conflictos objetal-libidinosos. Lo que puede procurar "poder" o "prestigio" depende, enteramente, por supuesto, de las circunstancias de cada cultura, pero el concepto de prestigio, aun en una cultura determinada, varía enormemente de acuerdo con las diversas experiencias de cada niño.

De dos maneras puede intentarse la *negación* de la angustia: negando la existencia de una situación peligrosa o negando el hecho de sentir temor. Un "coraje reactivo" es frecuentemente una mera formación reactiva contra una angustia que sigue en pie.

A veces las situaciones de angustia originarias no son evitadas sino buscadas, por lo menos en ciertas circunstancias. La persona muestra una preferencia por la misma situación que aparentemente le atemoriza. Más frecuente todavía es el caso de la persona que crea una preferencia por situaciones que anteriormente le atemorizaban (435).

Para buscar una explicación para esta conducta aparentemente paradójica, deberemos considerar, ante todo, la naturaleza de las angustias fóbicas. La situación fóbica constituye una tentación para las pulsiones instintivas. La angustia surge solamente ante un veto del mundo externo o del superyó. El anhelo originario puede reaparecer.

El placer alcanzado mediante la conducta "contrafóbica" no es igual,

sin embargo, al placer instintivo original. La manera obsesiva de buscar las situaciones anteriormente temidas demuestra que la ansiedad no ha sido completamente superada. Los pacientes tratan continuamente de repetir la manera en que, en la infancia, otras fueron gradualmente dominadas mediante la repetición activa de las situaciones excitantes. El placer contrafóbico reproduce un placer "funcional" del niño: "Ya no necesito tener temor" (984) (véanse págs. 63 y sig.). Y del mismo modo que en el niño, la clase de placer logrado demuestra que la persona no está segura, en modo alguno, del control logrado, y que antes de iniciar la actividad de que se trata, pasa por una tensión angustiosa de expectación, cuya superación es lo que produce el placer. Este placer funcional no se debe a la satisfacción de un "instinto de controlar" separado, específico (776, 767, 768). Puede ser experimentado en la esfera de cualquier instinto, siempre que tenga lugar la superación de los obstáculos y angustias originales. Según Roheim, éste es uno de los motores principales en toda sublimación (1323). El placer funcional puede condensarse con un placer erótico, que se ha hecho nuevamente accesible precisamente por el reaseguramiento creado por el placer funcional. En este sentido, los "hobbys" y el orgullo contrafóbico son estructuralmente semejantes a las perversiones. Dado que los procesos defensivos han extirpado de la conciencia el contenido instintivo original de las angustias, una actitud contrafóbica no podrá conducir, si no es en circunstancias especialmente favorables, a una desaparición eventual de la angustia primitiva. Pero no hay ninguna duda de que es éste el objetivo que promueve los esfuerzos del individuo contrafóbico. Lo que éste busca es aquello que antes temió, del mismo modo que el niño, en el juego, vive en forma placentera aquello mismo que teme en la realidad.

La repetición activa de lo que fue sufrido en forma pasiva, o más adelante, la anticipación activa de algo que puede ser experimentado en forma pasiva en el futuro (1552), siguen siendo los principales mecanismos en la lucha contra la angustia. A menudo la búsqueda de situaciones anteriormente temidas se hace placentera precisamente por el hecho de que son buscadas en forma activa. Si esta misma situación surge en un momento inesperado, y sin mediar la actividad del sujeto, el viejo temor volverá a aparecer.

Existen varios subtipos especiales de este viraje de la actitud pasiva a la activa en la lucha contra la angustia. Uno de ellos es la intimidación de los demás. Si uno puede amenazar activamente a los demás, no necesita tener el temor de ser amenazado (541, 784, 971, 1298).

Comúnmente los niños mayores se hallan en condiciones de atemorizar a los menores. Cierta paciente masoquista, con disposición a hacerse daño en beneficio de los demás, recordaba haber atormentado en una ocasión, siendo niño, a su hermana. Le había asegurado que los fideos, en la sopa, eran repugnantes gusanos. Esto parecía ser un recuerdo encubridor de un período sádico que más tarde se transformó en masoquismo. El análisis posterior confirmó esta suposición, pero además puso en evidencia una causa inesperada de la fijación sádica. En una época ante-

rior aun fue el paciente mismo quien se asustó de las partículas sólidas en la sopa. Al asustar a su hermanita, se colocaba en condiciones de convencerse a sí mismo de no tener él necesidad de asustarse. Su sadismo, con su carácter de reaseguramiento contra el miedo, hacía posible nuevamente su agresividad fálica. Esta simultaneidad fue la causa de su fijación sádica, que más adelante trató de controlar dirigiéndola contra su propio yo.

Semejante a esto es la psicología de muchos individuos que se sienten capaces de soportar superiores despóticos siempre que ellos, a su vez, puedan hacer el papel de autoridad despótica frente a alguien que le está subordinado. En las familias patriarcales clásicas, el padre intimidaba frecuentemente a sus niños exactamente en la misma forma en que se sentía intimidado por las autoridades sociales.

De una manera análoga, el dar ánimo a los demás puede tener un efecto de reaseguramiento. Es una especie de gesto mágico indicador de la clase de trato que el individuo quiere recibir él mismo.

Ambos mecanismos, el de la intimidación y el de dar ánimo a los demás, son ejemplos del mecanismo de defensa de "identificación con el agresor" (541). La identificación es la primera de todas las relaciones de objeto. Por eso la regresión a la misma puede ser utilizada para combatir toda clase de relación objetal, incluso el miedo. Anna Freud cita, como ejemplo ilustrativo de este mecanismo, el amor que los niños sienten hacia los animales (541, cfr. también 459). Este amor es el resultado de una vieja fobia a los animales. Al identificarse con el animal "agresivo", el niño siente como si él mismo participara de la fuerza del animal. Eventualmente, este animal, que alguna vez asustó al niño, está ahora a disposición de éste para asustar a los demás.

Se cuenta la anécdota de un niño a quien su madre había aconsejado no abrir la puerta durante su ausencia. Después de salir, la madre recordó haber olvidado sus llaves, y tocó la campanilla de la puerta. Durante un largo rato el niño no contestó, y finalmente se oyó su voz: "¡Fuera de aquí, asqueroso ladrón! ¡Aquí adentro hay un enorme león!"

He aquí una variante de este mecanismo. La actitud activa del paciente, que reemplaza su anterior pasividad, no es real sino simulada. El propósito del paciente es hacer creer que cualquier cosa que le suceda responde a su propia intención. A menudo esto puede observarse también en la conducta de los niños. Es igualmente el principal mecanismo de ciertos caracteres neuróticos que podrían llamarse "actores en la vida real" (702), que hacen creer, o llegan a creer ellos mismos, que llevan a cabo, en forma activa, las cosas que en realidad tan sólo les suceden.

Son, para usar otra vez el símil de Freud (608), como el jinete que cree estar dirigiendo el caballo, cuando en realidad está obligado a ir a donde éste le conduce.

En la novela y pieza teatral *El pensamiento*, de Andreiev, se describe un intento fracasado de "negación mediante la representación (de un papel) en la realidad". Un excéntrico es asaltado repentinamente por la idea de simular la locura y matar

a un amigo. Después del homicidio, internado ya en un manicomio, empieza a dudar sobre si todo eso había sido simplemente un juego.

En este tipo de personas se observa una conducta artificial característica. Inmediatamente después de una primera interpretación psicoanalítica de simulación, se impone bien pronto una segunda interpretación: que efectivamente sienten lo que simulan, pero temen a sus sentimientos.

La agitación observada en un estado de ansiedad puede deberse en parte a un intento de controlar la ansiedad mediante este mecanismo. Otro tanto puede decirse de la locuacidad (117, 473). Sin embargo, la "dramatización" no es siempre y exclusivamente una manera de superar la angustia por el método de la "actividad en lugar de la pasividad". Puede estar dirigida también a provocar las reacciones de los espectadores, ya sea en el sentido de otorgar un reaseguramiento o un castigo.

Los niños superan la angustia no solamente mediante la reproducción activa, en el juego, de lo que fue para ellos una amenaza, sino también permitiendo que una persona que les inspira amor y confianza les haga aquello que ellos no se atreven a hacer, o bien tratan de convencerse de que la omnipotencia de tales personas les protegerá en su propia actividad. También este mecanismo puede repetirse en los adultos, y además, a la "fuga de la pasividad a la actividad" de que ya nos ocupamos, debemos agregar una "fuga de la actividad a la pasividad", que también existe. Un prerequisite, muy común, de las actitudes contrafóbicas, consiste en que el placer sólo puede ser experimentado mientras se cree en la protección de una tercera persona. Existen muchas maneras de asegurarse una promesa de protección o de autorización, real o mágica, antes de iniciar una actividad peligrosa.

Una situación pasivo-receptiva de esta índole puede estar ligada, incluso, a una transformación de pasividad en actividad. El contrafóbico puede iniciar con placer la actividad que originariamente había temido si durante la misma puede demostrar, a un objeto con el que está inconscientemente identificado, que lo está protegiendo o perdonando.

Hay muchas maneras de obtener reaseguramientos, de carácter específico o inespecífico, u obtener afecto, admiración, prestigio o poder. Resulta claro, una vez más, que no se pueden aislar las "actitudes hacia el propio ello" de las "actitudes hacia los objetos". El poder externo es buscado como un recurso contra una dependencia interna. Esto está condenado al fracaso, especialmente en el caso de aquellos que, al mismo tiempo que luchan conscientemente por el poder, tienen el anhelo inconsciente de una dependencia pasivo-receptiva. La buena conciencia y el sentimiento de actuar correctamente en el cumplimiento de un ideal, pueden servir también al mismo propósito que la obtención de reaseguramientos externos. Ciertas normas de conducta, que inconscientemente representan un requisito para obtener alivio en la angustia, revelan ser, en el análisis, rituales con significado de expiación o de castigo.

Si la excitación sexual infantil original fue temida a causa de su compo-

nente sádico, la búsqueda de reaseguramientos externos puede obrar también de un modo diferente. La promesa de protección que el paciente trata de asegurarse, o de dar (en el caso de la identificación), puede servir para contradecir la creencia inconsciente en el carácter violento de lo que se pretende hacer. Se supone que la autorización misma de iniciar la actividad en cuestión ya significa que ésta no implica daño alguno. En otros casos, esta forma de autorización es sustituida por otras circunstancias concurrentes con significado de reaseguramiento. Estas circunstancias concurrentes pueden compararse a perversiones, a condiciones de potencia o a sistemas compulsivos enderezados a excluir el peligro. La simultaneidad del placer instintivo y el "placer funcional" en la superación de la angustia, agrega a los "hobbys" de este tipo un carácter obsesivo (1159, 1304).

En un paciente que mostraba un intenso interés por la literatura, el análisis demostró que este interés tenía por base una fobia anterior a los libros con láminas. La escotofilia asociada al placer funcional de haber perdido el miedo a los libros, se hizo posible gracias a un empeño sobrecompensatorio de "conocer todos los libros". De esta manera, el paciente se hallaba a cubierto de sorpresas (430).

Un mecanismo similar a éste se observó en otro caso, en el que existía un interés muy especial por los ferrocarriles. Éste tenía su origen en un temor a los ferrocarriles que el paciente tuvo en su infancia y luego olvidó. La observación de una escena primaria, que fue desplazada al acto excitante de viajar en tren, fue percibida con el significado de "lo desconocido arrollador". Mediante el acrecentado interés que tomó en los viajes en tren, y los conocimientos acerca de ferrocarriles, que gracias a ello adquirió, pudo desprenderse de ese temor, y sentir nuevamente el goce sexual, previamente temido, del ritmo del ferrocarril.

En el capítulo dedicado a neurosis obsesivas nos hemos ocupado de la "sistemización" como defensa contra la angustia (véanse págs. 324 y sigs.). Mientras el sistema funciona, las cosas están bajo control.

A menudo, en personas cuya vida sexual ha sufrido una deformación masoquista, se produce una verdadera "sexualización" del miedo. Tal como cualquier otra excitación, el miedo puede ser una fuente de excitación sexual, pero, del mismo modo que en el caso del dolor, esto sólo es posible si el displacer que produce la excitación se mantiene dentro de ciertos límites, sin llegar a ser demasiado serio (602, 1001). Una identificación con el agresor puede combinarse con una libidinización de la angustia y dar por resultado un tierno amor. Existen formas reactivas de homosexualidad, es decir, identificaciones con el sexo opuesto tendientes a negar el temor al mismo.

Un paciente que sentía hacia las mujeres una especie de amor por identificación, acostumbraba demostrar este sentimiento de una manera bastante exhibicionista, como si quisiera mostrar, por su grado de comprensión de las mujeres, que no existe realmente ninguna diferencia de calidad entre sus propios sentimientos y los de ellas. El desarrollo de este paciente había sido perturbado por la visión traumática de los genitales de una mujer en una época relativamente tardía de su infancia. Condensó todos sus anteriores temores de castración en el temor producido por la extraña visión. Toda su conducta era un intento de dominar su angustia

mediante la negación de la idea de que las mujeres son diferentes, con lo que no habría tales descubrimientos terroríficos que hacer (428).

Todos estos mecanismos pueden estar vinculados a una "fuga hacia la realidad". El sujeto busca una situación real para convencerse de que las cosas temibles que imagina en relación con la misma, son efectivamente imaginarias. La búsqueda de tal situación tiene que repetirse una y otra vez, ya que, aun cuando la experiencia haya demostrado que las cosas temidas no se materializaron en una ocasión determinada, esto no constituye una prueba definitiva (1416).

Ciertos sentimientos de extrañamiento acompañados de placer, en ocasión de comprobar que algo es "realmente cierto", se explican por esto: lo ocurrido es cierto, mientras que el castigo temido, que el sujeto relaciona con lo ocurrido, no lo es (631).

Como el miedo persiste, la persona en cuestión trata a menudo de mantener vivo el recuerdo de que nada sucedió en dicha ocasión. Éste es uno de los motivos que inducen a coleccionar trofeos: son prueba de haber corrido un riesgo.

Las contrafobias, al igual que las formaciones reactivas en general, se hallan expuestas a filtraciones. Detrás de los intentos de represión o de negación de la angustia, el carácter hipertenso de la actitud, la fatiga general, los actos sintomáticos o los sueños delatan el hecho de que la angustia sigue actuado aún. A menudo una filtración de esta clase puede ser evitada poniendo en marcha, a último momento, un mecanismo defensivo de emergencia. Existen combinaciones de actitudes contrafóbicas y fóbicas. Hasta cierto punto, y en circunstancias favorables, actúa la contrafobia, mientras que, superado ese grado de intensidad y variando las circunstancias, se hace manifiesta la fobia primitiva. Kris ha descrito este fenómeno en ciertas formas de humor fallido, y se refirió al carácter de arma de dos filos de los fenómenos cómicos, es decir, a la facilidad con que éstos pasan del éxito placentero a un doloroso fracaso (983, 984). Otro tanto se puede decir de las actitudes contrafóbicas. En medio del goce que el triunfo le reporta al contrafóbico a causa de la economía en la emoción, puede irrumpir bruscamente el displacer, si se produce algo que lleva trazas de confirmar la vieja angustia.

Un fracaso de esta índole puede observarse a veces en los casos en que el miedo de iniciar una lucha ha sido sobrecompensado por la tendencia a luchar y competir en toda oportunidad. Para estas personas el significado de "No tengo miedo, porque yo puedo hacer eso", y el de "Puedo hacerlo incluso mejor que nadie", se ha transformado inconscientemente en un deseo de castrar a todo el mundo. En ciertas circunstancias, cualitativas o cuantitativas, el placer no se produce, y en lugar de la castración deseada aparece una terrible angustia de ser castrado.

Los mecanismos de defensa contra la angustia que hemos descrito como característicos de los caracteres neuróticos pueden hallarse también, aunque en menor grado, en la vida diaria. El ejemplo más destacado lo constituye probablemente el campo de deportes (323). También podemos hallar toda

una clase de fenómenos contrafóbicos en ciertas obras de arte en las que el artista, en un constante empeño de sacudirse la angustia, busca y describe aquello que teme, en procura de un tardío control. Y hay, por supuesto, fenómenos similares en el terreno de la ciencia. Es de observar, también aquí, que algunos estudiosos se dedican a investigar en un terreno que en realidad es sustitutivo de un objeto sobre el cual habían proyectado su angustia. Al conseguir el dominio sobre el mismo, no necesitan temerlo. Y finalmente puede afirmarse que, en general, todas aquellas aptitudes que promueven un excesivo orgullo en las personas, caen dentro de la misma categoría (435).

Las defensas contra la angustia que echan raíces en el carácter son objeto, a menudo, de una sistematización secundaria. El poner al descubierto los sistemas de actitudes del carácter encargadas de combatir la angustia, constituye, por lo tanto, el primer paso en el análisis. Sin embargo, esto todavía no es el análisis, como algunos autores parecen creer que es (820, 821). Si esta labor se hace correctamente, el resultado es que el paciente sufre ansiedad o presenta los diferentes equivalentes físicos de la ansiedad. Esto debe ser seguido por el análisis de la naturaleza y la historia de la ansiedad, y la anulación de la constelación dinámica que condujo y aún conduce a rechazar la angustia.

Jones usó la expresión "carácter ansioso" para designar a los seres humanos cuya personalidad se halla dominada por la tendencia a reaccionar a todos los estímulos con angustia, y que por ello tienen que defenderse de la angustia en todas sus relaciones (896).

RACIONALIZACIÓN E IDEALIZACIÓN DE LOS IMPULSOS INSTINTIVOS

Hay diversas circunstancias en las cuales los impulsos instintivos, temidos en los demás casos, pueden ser tolerados. Hemos mencionado el mecanismo de la "racionalización", pero aún no lo hemos tratado en detalle. Las actitudes emocionales se transforman en lícitas a condición de que puedan justificarse como "razonables". El paciente encuentra una razón u otra para comportarse de ésta o de la otra manera, y evita de ese modo el darse cuenta de que, en realidad, se halla bajo la presión de un impulso instintivo. Una conducta agresiva es coonestada a menudo a condición de ser vista como "buena". Una situación semejante se produce con respecto a las actitudes sexuales. El yo, atemorizado por sus impulsos, trata de reivindicarlos y podrá ceder a los mismos siempre que crea haberlos justificado de algún modo (805, 868, 1084).

Existen probablemente diversos tipos de racionalización. Uno de ellos podría llamarse idealización (696). La convicción de que una exigencia ideal se halla en vías de ser cumplida, reporta al yo un acrecentamiento de su autoestima. Esto puede conducir al yo a ignorar el hecho de que los actos idealizados constituyen la expresión de instintos que ordinariamente habrían sido reprimidos. Cada vez que es cumplida una exigencia ideal, el yo recupera

parte de su primitivo sentimiento de omnipotencia. En este estado de "elación" el yo relaja su habitual sentido crítico de la realidad y de los impulsos, de modo que las pulsiones instintivas pueden aflorar relativamente al abrigo de toda censura (1237). La percepción de la realidad, por esto, es más factible de ser adulterada en los estados de "elación", de intoxicación o de autosatisfacción. Muchos arrebatos de actividad instintiva, aparentemente ininteligibles, aparecen en momentos de excesivo incremento de la autoestima, cosa que es fácil de reconocer en los estados maníacos. La glorificación de la actividad instintiva va tan lejos, a veces, que parece como si las funciones del superyó hubieran sido usurpadas, durante los estados de elación, por una especie de segundo ideal del yo que aceptara complacido las expresiones instintivas (840). Semejante dualidad de ideales puede tener su raíz en una división primitiva de las figuras parentales en "buenas" y "malas" (1238). De la misma manera, las razas primitivas no consideran el festival totémico como una rebelión contra la deidad, sino como un rito religioso que da cumplimiento a un mandato divino. Perversiones similares de ideales que admiten expresiones instintivas, pueden verse en diversas formas.

La Revista *New Yorker* publicó cierta vez una caricatura en la que aparece el profesor Freud levantando su dedo contra una paciente, y diciendo: "¡Mala, mala, otra vez ha tenido usted un sueño inocente!"

Un fenómeno emparentado con éste es el de la corruptibilidad del superyó (37): toda acción "buena" coonestada una acción "mala" ulterior. Es muy probable que en casos de esta índole esté actuando el mismo mecanismo de idealización. La elación producida por la acción "buena" falsea el juicio con respecto a la acción "mala" posterior.

La racionalización se produce no solamente con respecto a las pulsiones instintivas—dando lugar a una gratificación que de otro modo no habría sido permitida— sino también con respecto a otras clases de fenómenos ajenos al yo. Las actitudes defensivas y las resistencias, que parecen irracionales porque el verdadero propósito que las inspira es inconsciente, son "racionalizadas" a menudo por el hecho de injertar en ellas el yo, clandestinamente, otros propósitos secundarios. De esta manera, son racionalizados incluso síntomas neuróticos de diversa índole.

Aparte de la racionalización, existe también un mecanismo que podríamos designar con el nombre de "moralización". Se trata de una tendencia a interpretar las cosas como si estuvieran de acuerdo con las normas éticas, aun en el caso de hallarse objetivamente en violento contraste con las mismas.

OTROS MOTIVOS DE TOLERANCIA DE LOS IMPULSOS INSTINTIVOS O DE DEFENSA CONTRA ELLOS

Todavía hay otros casos en que las actividades instintivas son simplemente *aisladas*. Son permitidas mientras sean llenadas ciertas garantías que den la seguridad de que no chocarán con el resto de la personalidad.

Hemos citado algunos ejemplos al ocuparnos del mecanismo del aislamiento (véanse págs. 183 y sigs.). Muy a menudo, amor y odio correspondientes a una misma persona, son asignados a diferentes objetos. Las personas que han llevado este mecanismo a convertirse en rasgo predominante de carácter, terminan finalmente por separar a todas las personas y todas las cosas en categorías completamente antitéticas (710). Otro ejemplo es el del aislamiento entre la ternura y la sensualidad, de tal modo que ésta sólo puede ser sentida con objetos con los cuales no se tiene ninguna relación emocional (572). En las condiciones culturales actuales, la prostitución proporciona a los hombres una buena oportunidad para tal aislamiento.

Hay personas, incluso, que sienten frente a su incontrolado ello un temor tan intenso, o tan tempranamente desarrollado, que nunca tuvieron tranquilidad suficiente ni pudieron establecer la distancia requerida para crear las fuerzas del yo necesarias para manejarlo. Son intolerantes a las tensiones e incapaces de espera. Todas las veces que tienen que esperar, la espera misma constituye para ellos una experiencia traumática. Tratan de protegerse de ello por todos los medios posibles. En toda situación de excitación, más que procurar la gratificación, lo que buscan es poner fin a una excitación insoportable, con lo que se revela que los conceptos de "gratificación de un instinto" y de "defensa contra los instintos" sólo son relativamente antitéticos.

Los individuos de esta clase siempre tienen prisa, incluso cuando disponen de mucho tiempo. Son iguales a las personalidades "traumatofílicas" (véanse págs. 604 y sigs.).

A menudo las dificultades existentes en el manejo de los impulsos instintivos se limitan a emociones especiales, a instintos parciales especiales o a impulsos que tienen su origen en zonas erógenas especiales. Las personas que son bondadosas por formación reactiva no pueden tolerar el sadismo, pero pueden convertirse en sádicas en circunstancias determinadas. Aquellas cuyo coraje es de carácter reactivo son irracionales en todo lo que puede implicar angustia, los desvergonzados, en todo lo concerniente a vergüenza, los vergonzosos, en cuanto atañe a exhibicionismo.

RASGOS ANALES DE CARACTER

La correlación entre ciertos rasgos de carácter y determinados erotismos fue el primer descubrimiento de la caracterología psicoanalítica (563) y constituye el fenómeno más ampliamente estudiado dentro de la misma. En este terreno particular, han sido puestos en claro tanto los procesos de desplazamiento, a los patrones de conducta del yo, del fin o la forma de actividad originales de los instintos, como las relaciones entre sublimación y formaciones reactivas.

Del carácter anal típico nos hemos ocupado en el capítulo dedicado a las neurosis obsesivas (véanse págs. 318 y sigs.), donde se hallará una descripción del mismo. Los instintos anales, bajo la influencia de los conflictos sociales que giran alrededor del aprendizaje de los hábitos higiénicos,

cambian su fin o su objeto y se incorporan de este modo al yo. Los rasgos anales del carácter se desarrollan ocupando el lugar de los instintos crótico-anales. Esto está demostrado por el hecho de que el análisis de los conflictos que condujeron al desarrollo de actitudes defensivas del yo convierte a éstas nuevamente en los instintos originarios, luego que ha sido superada la angustia intercalada (21, 194, 593, 832, 833, 1022, 1143, 1634).

El predominio, en la época actual, de la formación caracterológica anal y el "impulso de enriquecerse" ofrecen un terreno particularmente propicio a la investigación de las relaciones entre la influencia social y la estructura de los instintos (434). Esta relación presenta ramificaciones numerosas y sutiles. El hallazgo de que el dinero es equiparado, en el inconsciente, a las heces, ha sido a veces erróneamente interpretado en el sentido de que la institución del dinero haya tenido su origen en el propósito de satisfacer instintos erótico-anales (1321). Pero el dinero tiene una función muy racional. Querer deducir la función real del dinero del uso vicioso, crótico-anal, del dinero, sería lo mismo que, en el caso del oculto significado sexual que tiene para el histérico el acto de caminar, suponer que el acto de caminar, en general, llena una función de placer sexual antes que la de ser un medio de traslación (1197). Es incorrecto afirmar que la función real que el dinero desempeña ha sido producida por un acrecentamiento de pulsiones erótico-anales. Es más bien la función real del dinero lo que influye en el erotismo anal. Las ideas instintivas referentes a la "retención" se vinculan a asuntos de dinero o se transforman en un deseo de alcanzar la riqueza, solamente bajo la influencia de condiciones sociales específicas (434). Pero también las condiciones sociales determinan el alcance y la intensidad relativa de las ideas instintivas de retención. Las instituciones sociales influyen sobre la estructura instintiva de la gente que vive bajo las mismas, a través de tentaciones y frustraciones, modelando sus deseos y sus antipatías. No se trata de afirmar que, mientras los instintos obedecen a un determinismo biológico, los objetos de los instintos se hallan socialmente condicionados. Se trata más bien de que la estructura instintiva misma, especialmente la distribución relativa de la libido entre la genitalidad y la pregenitalidad, depende de factores sociales. Fuera de toda duda, las estructuras individuales creadas por las instituciones ayudan a conservar estas mismas instituciones.

Todo fenómeno mental es factible de explicar como resultado de la interacción de la estructura biológica y la influencia ambiental. Las instituciones sociales actúan determinando las influencias ambientales a que estará sometida una generación dada. La estructura biológica misma ha surgido de la interacción de estructuras y experiencias anteriores. Pero ¿de dónde provienen estas instituciones sociales? ¿No será, en última instancia, de los esfuerzos realizados por el género humano para satisfacer sus necesidades? Esto es innegable. Pero las relaciones entre los individuos se convierten en realidades externas relativamente independientes de los individuos. Estas realidades externas modelan las estructuras individuales, y los individuos, a su vez, mediante su conducta, modifican las instituciones. Y esto en un proceso histórico ininterrumpido.

RASGOS ORALES DE CARACTER

La influencia del erotismo oral sobre la formación del carácter normal y patológico ha sido estudiada en detalle por Abraham (24) y Glover (680, 681). Aquí el cuadro no es tan claro como en el caso del carácter anal.

Esta diferencia puede ser atribuida a tres factores. En primer lugar, los rasgos orales que persisten en forma de actividades eróticas son mucho más numerosos que los correspondientes rasgos anales. En segundo lugar, es muy difícil, para el análisis, encontrar configuraciones caracterológicas orales libres de toda mezcla anal adventicia. En tercer lugar, muchos elementos que más adelante se hallan claramente diferenciados entre sí, forman un todo inseparable durante la fase del desarrollo.

El erotismo anal es importante para la formación del carácter porque es durante el aprendizaje de los hábitos higiénicos cuando los niños aprenden, por primera vez, a privarse de una gratificación instintiva inmediata a cambio de complacer a sus objetos. En el periodo del erotismo oral, que es anterior a aquél, los niños traban relaciones con los objetos y aprenden a establecer sus relaciones con ellos. La forma en que esto acontece conserva, por ello, una importancia básica para la determinación de toda la relación ulterior con la realidad. Toda acntuación, positiva o negativa, del hecho de dar o de recibir, denota un origen oral. Una satisfacción oral desusadamente pronunciada conduce a una notable autoseguridad y optimismo, que puede persistir durante toda la vida, siempre que la frustración subsiguiente a esta satisfacción no haya creado un afán de venganza unido a una ininterrumpida exigencia (24, 681, 933). Una privación oral excepcional, en cambio, produce una actitud pesimista (depresiva) o sádica (con exigencia de indemnización) (104, 106). La persona que queda fijada al mundo de los deseos orales mostrará, en su conducta en general, una falta de inclinación a cuidar de sí mismo, y requerirá de los demás que se ocupen de él. En concordancia con las dos sub-etapas del erotismo oral, esta exigencia de cuidados de los demás podrá expresarse en una extrema pasividad o bien en una conducta sádico-oral sumamente activa.

Un paciente de este tipo había tenido varias experiencias determinantes de fijación oral. Había sido alimentado al pecho durante un año y medio, mientras convivía con una abuela que le prodigaba un cariño excesivo y lo echaba a perder en diversos sentidos. Repentinamente fue sacado de este ambiente para ir a vivir con un padre excesivamente severo. El resultado fue un carácter dirigido por un motivo predominante: que el padre le indemnizara por la gratificación oral de que le había privado. Fallado el intento, se propuso forzar la situación. Carecía de ocupación. Vivía del dinero del padre y creía constantemente que éste le trataba peor que a los demás. El conflicto entre la tendencia a responder al desengaño mediante medidas violentas (tomar por la fuerza lo que no viene en forma automática), por un lado, y la tendencia simultánea a la sumisión propiciatoria, por el otro, es característica de las fijaciones orales.

Las tendencias sádico-orales tienen a menudo un carácter de vampirismo. Las personas de este tipo rucgan y exigen mucho, no renuncian a su objeto y se adhieren a él por "succión".

La adhesión a sus objetos que se observa en muchos esquizofrénicos hace pensar que durante el período de predominio oral el temor de perder un objeto fue especialmente intenso. Éste es el miedo que conduce a la "succión".

La conducta de las personas de carácter oral presenta frecuentemente signos de identificación con el objeto por el cual quisieran ser alimentados. Algunas personas se comportan como madres nutricias en todas sus relaciones de objeto. (Son siempre generosas y colman de regalos y ayuda a todo el mundo. Lo cual hacen de una manera auténtica y altruista, en condiciones favorables de su economía libidinosa, pero en condiciones menos favorables, de manera realmente fastidiosa. Su actitud tiene el significado de un gesto mágico: "Así como te estoy colmando de amor, quiero que lo hagas conmigo".

Sucede a veces que esta necesidad de "hacer felices a los demás" tiene un efecto realmente torturante para los que rodean al paciente, con lo cual se revela la ambivalencia original. Lo mismo puede decirse de ciertos psicoterapeutas que quieren curar a sus pacientes "dándoles amor".

Otras personas son completamente faltas de generosidad y nunca dan nada a nadie, actitud que se remonta a una identificación con una madre frustradora. Su actitud es, en efecto, de venganza. "Porque no me han dado lo que yo quise, no daré a otros lo que ellos quieren".

Bergler demostró que algunos casos de eyaculación retardada se configuran de acuerdo con esta última norma. El pene representa el pecho del paciente, y éste se niega inconscientemente a alimentar a su partenaire sexual (108, 110). La eyaculación retardada también puede ser, sin embargo, la expresión de una tendencia anal a la retención.

Ya hemos dicho varias veces que los caracteres orales dependen de sus objetos para la conservación de su autoestima. Necesitan suministros externos no solamente para satisfacción erótico-oral, sino también para la gratificación narcisista de su autoestima.

De esta manera, tanto la generosidad pronunciada como la pronunciada mezquindad pueden atribuirse a conflictos centrados en el erotismo oral. Algunas personas muestran sus necesidades receptivas de una manera evidente. Incapaces de cuidarse por sí mismas, piden que los cuiden los demás, unas veces en tono de exigencia, otras veces implorando.

A menudo el tono exigente predomina en las personas incapaces de alcanzar la satisfacción de reaseguramiento oral que necesitan. Cada obsequio real les hace anhelar y pedir más. Son "inmoderados", como la mujer del pescador en el cuento de hadas. El tono implorante prevalece en las personas que en realidad se sienten satisfechas cuando se las libera de responsabilidad y se las cuida. Son "moderados", fáciles de contentar y dispuestos a sacrificar ambición y comodidad si con este sacrificio pueden comprar el cuidado y el afecto que necesitan.

Otros reprimen estos deseos y se niegan, en forma exagerada, a engañar a nadie, rechazan todos los obsequios o son incapaces de pedir ninguna cosa. Muy a menudo las personas necesitan ser dependientes y simulan, no obstante, ser completamente independientes. Una conducta de apariencia extre-

madamente activa y masculina puede ser una sobrecompensación de anhelos inconscientes de pasividad. La actual valoración de la "masculinidad" da lugar a diversos tipos de masculinidad fingida. Pero la pasividad subyacente puede delatarse de diferentes maneras.

Una de estas maneras, según Alexander (43) es la aparición de úlceras gástricas (véase pág. 431).

Las personas generosas pueden delatar ocasionalmente su mezquindad primitiva, y las personas que se niegan a dar pueden, en determinadas circunstancias, convertirse en supergenerosas. Las variaciones se deben a la proporción existente entre sublimación y formación reactiva en la representación caracterológica de las pulsiones orales (706).

La vista de un hermanito o una hermanita menor en el pecho, resulta a menudo el factor subyacente que sirve para establecer la vinculación de la envidia y los celos con el erotismo oral (358, 1492).

Una paciente con un pronunciado carácter oral tenía un recuerdo encubridor sumamente borroso: en su temprana infancia un hombre la humilló aferrándole los senos. Comprendía que esto no podía haber sucedido en realidad, pero era esto lo que su memoria le revelaba. Puesto que tenía el tipo "vengativo" de complejo de castración femenino y sentía constantes impulsos sádicos, como de anular un acto de violación, supusimos que el recuerdo encubridor podía haber confundido simplemente las zonas eróticas interesadas. Pero la solución del enigma del recuerdo encubridor apareció en forma inesperada. Resultó que ella misma había aferrado el pecho de la madre en circunstancias en que ésta estaba alimentando al hermanito menor. Más adelante, toda aproximación sexual masculina era sentida como una humillación, porque la veía como una repetición de la humillación que sufrió a manos de la madre, que la había repudiado y puesto en ridículo.

Además de esto, muchas maneras directamente eróticas de usar la boca en procura de placer, pueden reflejarse en el carácter (las actitudes respecto a la alimentación, beber, fumar, besar). Estos placeres eróticos pueden ser reemplazados por sublimaciones o por formaciones reactivas (1468). Los síntomas en que se expresan conflictos acerca de impulsos erótico-orales, tales como las dificultades del habla, son combatidos a menudo mediante formaciones reactivas en la estructura del carácter, las que pueden persistir aún mucho después que las dificultades del habla han sido superadas. Entre los rasgos de carácter oral se encuentran cualidades tan antitéticas como la volubilidad, la inquietud y la prisa, por un lado y por otro lado, la tendencia al silencio obstinado.

Por un desplazamiento de la constelación "hambre" a la esfera mental, la curiosidad puede transformarse en un rasgo oral de carácter, y adquirir, en determinadas condiciones, toda la voracidad del primitivo apetito oral (249, 461, 1059, 1405). Los medios utilizados para aplacar la curiosidad, especialmente la lectura como sustituto de comer, parecen representar específicamente una incorporación sádico-oral de objetos ajenos, a veces de

heces. En el análisis de los trastornos de la lectura se revelan típicamente trastornos de esta índole (124, 1512). El enlazar los campos de ideas de "mirar" y "comer" puede deberse a menudo a un incidente importante del pasado, tal como el hecho de que un niño vea alimentar al pecho a un hermanito o hermanita menor. Relacionado con la lectura, existe a menudo una intensa inquisitividad, una manera de mirar espasmódica y voraz, que puede ser reconocida como un sustituto de la glotonería.

Este uso "oral" de los ojos representa una regresión de las percepciones visuales a los fines de incorporación que en un tiempo estuvieron vinculados a las primeras formas de percepción en general (430) (véanse págs. 52 y sigs.). Vera Schmidt ha expuesto, en un excelente relato, la forma en que los impulsos orales, a través de los eslabones de transición representados por las formas instintivas y sublimadas de la "curiosidad", se transforman en un anhelo de inteligencia y conocimiento (1404, 1405).

Así como ha sido puesta en duda la vinculación esencial entre los conflictos anal-sociales y las pulsiones erótico-anales, también se han puesto en tela de juicio las relaciones entre la dependencia y el erotismo oral (921). Pero esta relación es de carácter fundamental. La base biológica de todas las actitudes de dependencia es el hecho de que el hombre es un mamífero y la criatura humana nace más desvalida que los otros mamíferos y necesita ser alimentada y cuidada por los adultos. Todo ser humano conserva un vago recuerdo de ciertos seres poderosos, o —como a él debieron parecerle— omnipotentes, de los que podía esperar, en caso necesario, ayuda, comodidades y protección. Más adelante, el yo aprende a utilizar recursos activos para controlar el mundo. Pero siempre perdura virtualmente, como un residuo de la infancia, una actitud pasivo-receptiva. Con bastante frecuencia el adulto se encuentra en situaciones en que se ve nuevamente tan desvalido como en la infancia. A veces ello se debe a fuerzas de la naturaleza, pero la mayor parte de las veces a fuerzas sociales creadas por el hombre mismo. En esos momentos añora precisamente una omnipotente protección y una comodidad tales como los que tuvo a su disposición en la infancia. Regresa a la oralidad. Hay muchas instituciones sociales que aprovechan este anhelo biológicamente predeterminado, prometiendo la codiciada ayuda a cambio de ciertas condiciones. Estas condiciones varían ampliamente con las diferencias culturales. Pero la fórmula "Si obedeces, serás protegido", es la única en que coinciden todos los dioses con todas las autoridades terrenas. Cierto es que hay grandes diferencias entre un Dios todopoderoso, o un empleador moderno, y una madre que alimenta a su bebé, pero es la semejanza entre todos ellos lo que explica la eficacia psicológica de la autoridad (436, 651).

RASGOS URETRALES DE CARÁCTER

La relación entre el erotismo uretral y el rasgo caracterológico de la ambición fue primeramente señalada por Jones (831) y más tarde por Coriat (290) y Hitschmann (794). La experiencia analítica demuestra que la com-

ptencia con respecto a la micción constituye una idea dominante en el erotismo uretral infantil. En esta vinculación entre el erotismo uretral y la ambición y la competencia, está implicada su relación común con la vergüenza (véanse págs. 90 y 165). La ambición erótico-uretral puede condensarse con tendencias derivadas de fuentes orales más antiguas. Bajo la influencia del complejo de castración, puede ser desplazada al terreno anal, especialmente en las niñas, a causa del carácter precario de su competencia uretral.

Un paciente, con un carácter uretral llevado al extremo, sufría, en una actitud de masoquismo moral, los sinsabores de un casamiento desdichado. Había sido incapaz de aprovechar gran parte de su talento y sus potencialidades. Pronto se pudo ver que durante toda su vida había estado expiando una culpa desconocida. Esta representaba su sexualidad infantil y se había estructurado alrededor de la vergüenza provocada por una enuresis que se había prolongado hasta después de los diez años de edad. Su ambición inhibida apuntaba hacia la intensidad de su erotismo uretral: la felicidad exhibicionista de sus pequeñas proezas (había renunciado a las grandes) tenía el significado inconsciente de orgullo de controlar la vejiga. El darse cuenta de su sentimiento de culpa precipitó una depresión que le hizo llorar mucho. Antes del análisis, y por décadas, no se había permitido ningún desahogo, y cerraba los ojos a su destino. El relajamiento logrado pareció indicar un progreso, y se le animó a ceder sin ninguna vergüenza al impulso de llorar. En cierto momento se evidenció que el paciente abusaba de esta sugestión. Aparentemente le procuraba un placer masoquista el llorar en presencia del analista. Pronto ya no fue solamente su situación la que le arrancaba lágrimas. Se hizo sentimental en todo sentido y lloraba incluso a la idea de una "buena acción". Es necesario agregar que en su masoquismo moral había mucho de la "fantasía de redentor". Persistió en su desdichado matrimonio por consideración a su pobre mujer. Eligió una vocación que le permitía ayudar a la gente pobre. En otras palabras, era el hombre "bueno" cuya bondad precisamente le hacía llorar. Se sentía empujado a tratar a los demás tal como le habría gustado ser tratado. En su fantasía más importante, se sentía en el papel de una Cenicienta que sufre mucho porque es incomprendida, pero que algún día será comprendida y liberada de su sufrimiento por algún Príncipe Encantador. Los sueños y fantasías de este niño "Cenicienta" revelaban que se imaginaba esta "comprensión" como el acto de recibir una caricia. En la infancia este paciente había sufrido de raquitismo. El tener que guardar cama durante mucho tiempo le hizo sentirse un peso para la familia. Su neurosis fue una reacción a los intentos de dominar la agresión inconsciente resultante, transformando a la tan frustrada Cenicienta en un Cristo redentor. Trataba de lograr la materialización de su anhelo pasivo, que tenía el contenido siguiente: "Si mi sufrimiento es suficiente, un salvador vendrá a mí y me pasará la mano. Entonces me será permitido llorar, y llorar". A esta altura del análisis, el paciente inició un "flirt" con una joven que le inspiraba lástima. Reaccionó con una eyaculación precoz. El análisis de este nuevo síntoma confirmó una interpretación anterior: su llanto significaba orinar. El pobre niño debía ser acariciado hasta que mojara la cama, cosa permitida y beneficiosa que más bien acarrecaba un relajamiento que culpa o desdicha. Ya no había duda sobre lo que inconscientemente representaba el "pobre niño". Un sueño vino a confirmarlo finalmente. Representaba su propio pene. La fijación uretral de este paciente era de carácter fálico-pasivo, y expresaba el deseo de hacerse acariciar pasivamente los genitales. El paciente quería que la pobreita Cenicienta humillada (su pene) fuera acariciada hasta que se mojara y le fuera permitido mojarse (428).

La ambición uretral puede dar lugar a diversos conflictos secundarios. En relación con el complejo de Edipo, el "éxito" ambicionado puede adquirir el significado inconsciente de matar al padre, y convertirse, por lo tanto, en cosa prohibida. En relación con el complejo de castración, la ambición puede adquirir el significado de un reaseguramiento mediante la refutación de la idea de estar castrado. El temor a la castración puede, al mismo tiempo, bloquear toda actividad. Aquello mismo que se pensó que sería un reaseguramiento contra la posibilidad de una castración puede conducir a ella. El paciente puede volver a las actitudes pasivo-receptivas y recaer en los mismos conflictos respecto a la dependencia que caracterizan a los caracteres orales.

No toda forma de ambición tiene su base en el erotismo uretral. A veces la ambición refleja otros conflictos de la infancia. Así, en el caso de dos pacientes cuyas madres respectivas eran muy ambiciosas, y en las ambiciones que tenían para sus hijos reflejaban su descontento con los maridos. La ambición de estos pacientes era primariamente una aceptación de las sugestiónes ambiciosas de la madre y una identificación con ella. Estas ambiciones mostraban todos los conflictos y la ambivalencia de la fijación a la madre. En un nivel más profundo, habían comprendido las ambiciones maternales, como una sugestión en el sentido de matar al padre y convertirse en el esposo de la madre, y la ambición, inhibida, expresaba su complejo de Edipo.

EL CARACTER Y EL COMPLEJO DE CASTRACION

La estrecha relación entre erotismo uretral y complejo de castración permite comprender que el papel desempeñado por aquél en la formación del carácter no puede ser aislado de las diversas maneras en que el complejo de castración influye en la formación del carácter (36). Todas las afirmaciones que hicimos acerca de los rasgos de carácter que sirven para combatir la angustia en general, son ciertas también en cuanto se refiere a combatir el temor a la castración en particular. Las actitudes contrafóbicas son frecuentes. Los niños juegan a menudo a "estar castrados", por ejemplo, cuando simulan estar ciegos o lisiados. Más de un caso de "modestia" en los adultos es del mismo orden. Se trata de dominar, de este modo, la idea de castración. El placer consiste en: a) la satisfacción de que la castración es simulada, no real; b) la sensación de controlar la "castración"; c) un placer sexual femenino, ya que "estar castrado" puede significar "ser mujer".

Un paciente temeroso de admirar todavía, de una manera femenina, a un padre muy tiránico, gustaba entretenerse en la estación del subterráneo con el siguiente juego. Mantenía los brazos extendidos sobre los rieles, imaginando que el tren se los habría de cortar. Sacaba los brazos, esto es cierto, antes de la llegada del tren, pero fantaseaba haberlo hecho en el último instante. A su juicio, sus manos habían sido casi cortadas, pero él tenía "el control de las cosas". Tenía, además, otros sueños diurnos diversos, con gigantes y máquinas gigantes que amenazan con anonadar a la gente, pero que pueden aún ser controladas. También aquí vemos que los sueños diurnos condensaban fantasías homosexuales pasivas con reaseguramientos contra la angustia de castración vinculada a las mismas.

Era interesante ver cómo todas las relaciones de objeto en la vida más reciente del paciente se hallaban regidas por el mismo tipo de juego: "jugar" a provocar peligros, pero nunca exponerse a ningún riesgo verdadero.

Los efectos que sobre la formación del carácter tiene la vergüenza, asociada a la idea de estar castrado, merecen ser considerados aparte.

Todas las niñas desarrollan una envidia del pene, pero la evolución ulterior de esta envidia es muy variable. Si la envidia no es demasiado intensa y no ha sido reprimida, puede desaparecer, ya sea en parte o del todo. Algunas partes de la misma pueden ser sublimadas de diversos modos o determinar ciertos rasgos individuales en el comportamiento sexual. Pero si es intensa, o ha sido reprimida a una edad temprana, puede desempeñar un papel decisivo en la patogénesis de ciertos rasgos patológicos de carácter, así como de las neurosis femeninas. Abraham distinguía dos tipos de elaboración de la envidia del pene en el carácter: el tipo de realización de lo deseado y el vengativo. El primero surge en el caso de la mujer que se caracteriza por el deseo de asumir el papel del varón y por fantasías de tener o adquirir un pene. En el segundo caso existen, en primer plano, impulsos de vengarse del varón, más afortunado, castrándolo (20, 337, 1618). Frecuentemente estas mujeres tienen la idea de que el coito es humillante para uno u otro de los participantes. Su objetivo es humillar a los hombres antes de ser humilladas ellas. La venganza puede ser percibida con carácter de masculina: ("Te mostraré que puedo ser tan masculina como tú"), o con carácter de femenina: ("Porque me has despreciado, te obligaré a admirar lo que has despreciado"). Puesto que los impulsos de venganza se dirigen más que a un hombre determinado, a los "hombres" en general, y puesto que nunca pueden ser realmente satisfechos, los componentes agresivos de esta índole generalmente son causantes de "hipersexualidad" en la mujer (1204). Las fantasías de ser una prostituta se prestan a expresar ambas ideas, la de ser humillada y la de vengarse por ello (617).

Hayward comparó los análisis de mujeres de uno y otro tipo, a fin de establecer los factores que determinan la aparición de cada tipo específico (755). La mujer del "tipo vindicativo" sufre el shock de la revelación respecto al pene, al parecer, en el transcurso de la fase sádicoanal del desarrollo, habitualmente por causa de un hermano o de otro niño. En la del tipo de "realización de lo deseado", la envidia del pene aparece en el apogeo de la fase fálica, generalmente por experiencias que incluyen al padre o algún otro hombre adulto. Sin embargo, no debe tomarse en un sentido muy estricto esto de la diferenciación entre los dos tipos. Muchas mujeres muestran un carácter vindicativo y una conducta del otro tipo, en forma simultánea o alternada.

Las actitudes correspondientes al primer tipo de complejo de castración femenino (realización de lo deseado), pueden ser sobrecompensados mediante una formación reactiva. Una exagerada "feminidad" en la mujer puede ser un modo de contrarrestar tendencias masculinas más profundas (1313). Pero se da también la contraparte de esto. Karen Horney ha descrito mujeres

ostensiblemente masculinas cuya conducta (reactiva) sirve para rechazar actitudes femeninas (812). En estos casos, los desengaños respecto a los hombres, especialmente los temores a los anhelos incestuosos respecto al padre, han dado por resultado una regresión a la vieja envidia preedípica del pene (421, 626).

En el caso de los varones en quienes el complejo de castración ha adquirido también la forma de una envidia del pene —es decir, de envidia del pene (más grande) del padre— o que se han formado la idea de estar ya (total o parcialmente) castrados, y que tienen que ocultar este hecho, se producen las mismas reacciones que en las niñas. En ese caso se puede hablar también de un tipo de realización de lo deseado y un tipo vengativo (masculinos). El primero encubre profundos sentimientos de inferioridad con una conducta exteriormente narcisista y se aferra a diversas formas de "negación" de los seres desprovistos de pene (1080), mientras que el segundo se caracteriza por una hostilidad (consciente o inconsciente) hacia los objetos que para él representan los padres responsables del supuesto daño de que han sido víctimas.

RASGOS FÁLICOS DE CARÁCTER

Reich ha descrito un "carácter fálico", llamado también "carácter fálico-narcisístico" (1274, 1279) que en su mayor parte corresponde, al parecer, al tipo de reacción al complejo de castración llamado de realización de lo deseado (1080). Los caracteres fálicos son personas cuya conducta es temeraria, resuelta, segura de sí misma, rasgos que son, empero, reactivos. Reflejan una fijación en el nivel fálico, con sobreestimación del pene y confusión del pene con el cuerpo en conjunto (508, 1055). Esta fijación se debe, o bien a un temor a la castración que impide un viraje completo hacia los objetos, o a una defensa contra las tentaciones de regresión receptivo-anal. Una vanidad y una sensibilidad intensas revelan la existencia, en estos pacientes, tanto del amor a la castración como de las necesidades narcisistas, a la vez que demuestran que estos pacientes son, básicamente, oralmente dependientes, actitudes éstas que son objeto de una sobrecompensación. Si bien son caracteres reactivos, difieren de los compulsivos típicos en la ausencia de formaciones reactivas contra la conducta abiertamente agresiva como formación reactiva. Como dice Reich: "En estos tipos, el pene, más que al servicio del amor, está al servicio de la venganza contra la mujer" (1279), venganza a causa del miedo al amor.

El orgullo y el coraje de las personas, así como la vergüenza y la timidez, surgen en torno a los conflictos del complejo de castración. Gran parte de lo que impresiona a los demás como coraje, en una sobrecompensación a la angustia de castración, y la falta decidida de coraje, que tanto lugar ocupa en las descripciones de neuróticos que hace Adler, pueden atribuirse comúnmente al complejo de castración.

EL CARACTER GENITAL

Un carácter "genital" normal no es más que un concepto ideal (25, 1272). Sin embargo, es indudable que el logro de una primacía genital implica un progreso decisivo en la formación del carácter. La capacidad de encontrar plena satisfacción mediante el orgasmo genital hace posible la regulación fisiológica de la sexualidad, poniendo fin, así, al estancamiento de las energías instintivas, con sus desdichados efectos sobre la conducta de la persona. Contribuye también al pleno desarrollo del amor (y del odio), es decir, a la superación de la ambivalencia (26). La capacidad de descargar grandes cantidades de excitación significa, además, el fin de las formaciones reactivas y un aumento de la capacidad de sublimación. El complejo de Edipo y los sentimientos inconscientes de culpa, de fuente infantil, pueden ser, ahora, realmente superados. Las emociones dejan de ser rechazadas, desde ahora, puesto que son usadas por el yo y forman una parte armónica de la personalidad total. Si ya no hay más necesidad alguna de rechazar los impulsos pregenitales que actúan todavía en el inconsciente, se hace posible su inclusión en la personalidad total, bajo la forma de rasgos de tipo sublimado. En tanto que en los caracteres neuróticos los impulsos pregenitales conservan su carácter sexual y perturban las relaciones racionales con los objetos, en el carácter normal sirven parcialmente a los fines del placer preliminar, bajo la primacía de la zona genital, pero en su mayor parte son sublimados y subordinados al yo y al sentido de lo razonable (1270).

CONDUCTA PATOLOGICA FRENTE AL SUPERYÓ

DEFENSAS DEL CARACTER CONTRA LOS SENTIMIENTOS DE CULPA

El dominio de los sentimientos de culpa, tal como el dominio de la ansiedad, de la que son derivados, es algo que puede transformarse en una tarea capaz de absorber toda una vida. Todo lo que se dijo de los caracteres contrafóbicos es cierto también para los caracteres dominados por "la lucha contra la culpa". Pero en la esfera de los sentimientos de culpa hay una complicación que debemos tener en cuenta. El superyó es creado mediante una introyección de los padres. La conducta del yo hacia el superyó es una continuación de la conducta pasada del niño con los padres, y no solamente la conducta real, sino también aquella que inconscientemente se quiso tener. Tanto la rebelión como la propiciación son continuadas intrapsíquicamente, y los objetos externos pueden ser usados secundariamente como "testigos" en las diversas luchas entre el yo y el superyó.

Todo aquel que tiene un sentimiento de culpa trata de librarse de él mediante la expiación, el castigo o el remordimiento. Puede tratar de demostrar que tal sentimiento carece de fundamento o bien utilizar contra él diversos mecanismos de defensa (véanse págs. 193 y sigs.). Los rasgos de carácter

que reflejan estas actitudes pueden aparecer separadamente o en forma combinada. Los diversos intentos de negación de la culpa pueden, incluso, contradecirse recíprocamente, como en la anécdota de Scholem Aleijem. La mujer que no había devuelto una cacerola que le había sido prestada, se disculpó de este modo: "Nunca tomé prestada esta cacerola. Además, la cacerola estaba rota cuando me la prestaron. Y además, hace mucho tiempo que la he devuelto".

Muchos caracteres viven dominados por un constante impulso de demostrar que es el prójimo quien tiene la culpa. Esto puede manifestarse de diversas maneras. Hay personas cuya vida consiste en ser ultrajadas por las injusticias y por lo que otros pueden hacer impunemente. Las actitudes neuróticas pueden tener el significado inconsciente de acopiar elementos contra otros para justificarse uno mismo. Los autorreproches de tipo masoquista son usados a veces para obligar a los "testigos" a refutarlos. La terquedad es una demostración, muy a menudo, de que la culpa de otros es mayor que la propia.

Ya nos hemos ocupado de la psicología de la obstinación en otro lugar (véanse págs. 318 y sigs.). Ser obstinado significa aferrarse a una opinión propia en oposición a la de otra persona. Originariamente significa una tentativa de demostrar que incluso una persona débil tiene cierto poder sobre otros que son poderosos. Una prueba de esta índole puede llegar a adquirir una importancia extrema para el sentimiento infantil de autoestima. Su desarrollo tiene especial relación con el aprendizaje de los hábitos de higiene. Más adelante los débiles concentran sus intentos de demostrar su poder en el terreno de la ética. El niño terco quiere demostrar que es más justo que los adultos, y para ello provoca la injusticia de los padres. Más adelante estos mismos métodos son utilizados contra el propio superyó. La conducta de terquedad es mantenida con una obstinación tanto mayor cuanto más vivo es el sentimiento de la imposibilidad de demostrar lo que se trata de demostrar y de que en realidad se está en un error.

El hecho de provocar un mal trato de los demás puede arraigar en una necesidad de castigo. Pero también puede proponerse simplemente el logro de un sentimiento de superioridad moral. El sentimiento de que "cualquier cosa que yo haga siempre es menos mala que lo que me han hecho a mí", es necesario como arma contra el superyó, y si se obtiene éxito, puede traer alivio a los sentimientos de culpa (1202).

Las actitudes de terquedad pueden estar condensadas con intentos de lograr afecto por vía de extorsión, mediante la demostración de la propia desdicha como prueba de haber sido tratado injustamente, para contradecir la propia sensación de que esa desdicha es merecida (1277).

Un paciente consagraba su vida a demostrar que su fracaso era por culpa de otros. "Fíjese usted que es porque X cometió tal o cual error que yo no pude triunfar". Resultaba grotesco ver cómo creía que las pequeñas "faltas" triviales de los demás eran la causa de su propio fracaso. El análisis demostró que la terquedad del paciente tenía, por objetivo su propio superyó. Tercamente trataba de demostrar que había sido castigado en forma injusta y excesivamente severa. En realidad, estaba combatiendo un profundo sentimiento de culpa y tratando de compensarlo

aferrándose a un matrimonio desdichado. La poderosa resistencia que este paciente exhibía en el análisis significaban: "Usted ve que yo no puedo cambiar mientras viva con una mujer que tiene tantos defectos. Usted sabe también que no puedo dejarla. De modo que usted tendrá que buscar una manera de que yo pueda dejarla, sin dejarla en realidad. Y si no puede, será suya la culpa de que yo no pueda ser analizado".

Los caracteres esquizoides, que tienen, en grado notable, la capacidad de usar el mecanismo de la proyección, muestran la tendencia a demostrar que el prójimo es peor que ellos. Ven la paja en el ojo ajeno. Cuando tiene éxito esta proyección, el sentimiento de culpa se transforma en una campaña moral contra la víctima propiciatoria. Muchas personas combaten en público la homosexualidad, en lugar de sentir la culpa de la propia homosexualidad inconsciente. O se muestran intolerantes frente a un proceder cualquiera de los demás, sin advertir que ellos se comportan del mismo modo.

En la vida social se abusa desmedidamente de la necesidad de hollar un chivo emisario que sirva para aliviar la propia culpa (439). En el análisis, sucede con mucha frecuencia que los pacientes atribuyen a otra persona una acción o un sentimiento que por motivos de culpa o de vergüenza se sienten incapaces de reconocer como propios. A veces se recuerdan hechos de la infancia como pertenecientes a un hermano o una hermana. Más adelante resulta que atañen al paciente mismo.

No siempre es indignación lo que suscitan los actos de otra persona. Cuando otro hace algo (o se cree que ha hecho algo) que un individuo, inconscientemente, ha estado procurando hacer, pero que ha estado inhibido de hacerlo a causa de sus sentimientos de culpa, el acto de que se trata puede provocar admiración y traer alivio. El sentido del caso es éste: "Si otros pueden hacerlo, no puede estar tan mal, después de todo". Para los caracteres abrumados de culpa, los demás se dividen finalmente en tentadores y castigadores, personificaciones del ello o del superyó.

Este mecanismo desempeña un papel decisivo en la psicología del arte, así como también en la psicología de la formación de grupos. El artista, que se ha retraído de la realidad al mundo de sus fantasías, que son derivados de sus deseos edípicos y con relación a las cuales se siente culpable, encuentra la manera de regresar al mundo de los objetos obsequiando a éste con su obra. La aceptación de esta obra significa para él que el público comparte su culpa, y esto es un alivio para sus sentimientos de culpa. El público, que tiene sus propios deseos edípicos, admira al artista porque éste se atreve a expresar lo que ellos han reprimido, aliviándolos así de sus sentimientos de culpa (1246. 1332). Existe una diferencia decisiva entre la clase de éxito que necesitan respectivamente el pseudo artista y el artista verdadero. El pseudo artista necesita ser aceptado como persona, y solicita el aplauso a toda costa. Para asegurar este aplauso, se adapta al auditorio. El artista necesita que sea aceptada una fantasía específica que le pertenece. Quiere el aplauso para su obra, no para él. Adapta al público a sí mismo. Esta participación en la culpa a través del arte tiene su precedente en los "sueños diurnos comunes" de los niños, que se sienten aliviados en sus sentimientos de culpa cuando sus camaradas participan de sus fantasías (1332).

El hecho de lograr un alivio de una manera igual y mediante el mismo acto de iniciación, constituye un poderoso factor para la formación de los grupos (1258). Los admiradores de un artista se sienten partícipes de una comunidad (606). Sentirse unidos por el mismo "tentador" o el mismo "aliviador de culpa" constituye un caso especial de la fórmula general de Freud: un grupo se compone de cierto número de individuos que han colocado una misma persona en lugar de su superyó y que por ello se han identificado entre sí (606). El alivio del sentimiento de culpa mediante el hecho de percibirse de que otros se atreven a hacer aquello que a uno le ha hecho sentirse culpable, constituye una de las piedras fundamentales de la "psicología de la multitud". "Si todo mi grupo hace así, también yo lo puedo hacer". Es bien conocido el hecho de que, actuando como un grupo, los individuos son capaces de explosiones instintivas que resultarían enteramente imposibles para ellos mismos si actuaran separadamente (606). Esto se expone a menudo de otro modo: "en un grupo, las diferenciaciones mentales y sublimaciones más elevadas vuelven a desintegrarse". Pero también pueden quedar anulados los bloqueos neuróticos y las deformaciones neuróticas de las reacciones adecuadas —las agresivas, por ejemplo—, y abrirse así, por obra de las "masas", nuevas sendas hacia nuevas realizaciones.

El hecho de admitir ciertos actos, acompañado de la negación de su cualidad de engendrar culpa, toma frecuentemente la forma de conducta descarada y provocativa. Esto puede combinarse con una provocación al castigo, a objeto de lograr el perdón necesitado. Freud describió los "criminales por sentimiento de culpa", que cometen actos criminales porque se sienten tan perturbados por un sentimiento inconsciente de culpa que esperan lograr un alivio mediante algún género de castigo (592). Pero un "criminal por sentimiento de culpa" puede ser cometido, no con el propósito de provocar un castigo, sino como un intento de demostrar lo siguiente: "Ya ve usted que me libro de ser castigado en cosas como ésta. Esto me muestra que no tengo por qué sentir temor al castigo; mis sentimientos de culpa, por lo tanto, carecen de fundamento".

La conducta provocativa puede también estar dirigida a recibir compensaciones a las que la persona se cree acreedora. Esto puede ser de carácter reactivo. Una persona que teme no merecer ninguna clase de privilegios puede conducirse como si le pareciera la cosa más natural exigir toda clase de privilegios. Freud denominó a cierta clase de personas "las excepciones". Decía de ellas que, a causa de ciertas frustraciones tempranas, se arrogan el derecho de exigir al destino indemnizaciones durante toda la vida (592). Esta clase de conducta se intensifica cuando la persona tiene que contrarrestar al mismo tiempo una profunda duda interior acerca de tal derecho a la compensación. Conducta activa en vez de pasiva es lo que se revela en la frecuente actitud de anticiparse a las críticas, en la esperanza de verse refutado mediante un argumento que luego podrá ser usado contra el propio superyó.

Ciertos tipos de pacientes, en el análisis, no pueden soportar la actitud amoral y tolerante del analista. Siempre esperan críticas del analista, y pueden crear diversos mecanismos secundarios para combatir las críticas esperadas

Algunas veces las personas proyectan primeramente su superyó y esperan críticas y castigos de todo el mundo, pero luego reintroyectan lo que había sido proyectado. Pueden ya sea anticiparse a las críticas esperadas, o incluso avenirse a mezquinos rígidos autorreproches anticipatorios con el objeto de forzar el flujo de suministro narcisístico —a fuer de “caracteres masoquistas” (1277)— o bien comenzar a criticar a los demás tal como temen inconscientemente ser criticados por ellos.

De la misma manera en que los niños asustan a sus hermanitos menores para evitar de ser asustados ellos, critican también a los demás para evitar ser criticados.

Una variante de este mecanismo se produce mediante un desdoblamiento del yo: “No soy yo quien ha cometido el acto culpable, sino otro niño malo que hay dentro de mí”. Actitudes como ésta se ven frecuentemente en los niños, y aun en los adultos persisten ciertos aspectos de una demonología de esta índole.

También existe esta otra actitud: “Aunque no soy bueno, soy capaz de participar de la bondad de algún otro”. Esto es la repetición de aquello otro: “Aunque yo mismo no soy omnipotente, quiero, por lo menos, participar de la omnipotencia de los adultos”. Este mecanismo interviene en la conformación de los ideales del yo. Las personas no solamente agradecen un acto “malo”, de carácter iniciatorio, que alivia su sentimiento de culpa, sino también la presencia de una persona “buena” delante de la cual no puede haber lugar para malos pensamientos y de cuya bondad pueden participar. Esta es una de las razones por las cuales se cuelga el retrato de la persona que representa el superyó. El espectador, identificándose con su ideal al incorporarlo con los ojos, se hace incapaz de hacer nada malo.

La comunidad de ideales en que los individuos quieren participar constituye, una vez más, un poderoso factor en la formación de grupos (1258).

Los reaseguramientos contra los sentimientos de culpa pueden provenir de numerosas fuentes. Ciertos caracteres utilizan a las demás personas únicamente con este propósito. Son bondadosos con el propósito de lograr perdón, o lograr amor y afecto que significan perdón. O son descorteses, para provocar castigo y terminar así rápidamente, o si el perdón no llega pronto, para lograr al menos la sensación de que se les ha hecho una terrible injusticia.

Es fácilmente comprensible que el poder constituya un recurso para combatir los sentimientos de culpa. Cuanto más poder tiene una persona, menos necesidad tiene de justificarse. Un aumento de autoestima significa una disminución en los sentimientos de culpa. Del mismo modo que la “identificación con el agresor” es de gran ayuda para combatir la angustia, también los sentimientos de culpa pueden ser refutados por la “identificación con el perseguidor”, mediante la acentuación de este aspecto: “Yo solo decido lo que es bueno y lo que es malo”. Pero este proceso puede fracasar, ya que el superyó, en realidad, es una parte de la propia personalidad. De esta manera, la lucha contra los sentimientos de culpa mediante el poder puede

crear un círculo vicioso, por la necesidad de adquirir cada vez más poder, y de cometer incluso cada vez más crímenes a causa, del sentimiento de culpa, para afirmar el poder (167). Dichos crímenes pueden ser cometidos, en este caso, en un intento de demostrarse a sí mismo que uno puede cometerlos sin ser castigado, es decir, en un intento de reprimir los sentimientos de culpa (442, 852).

En lugar de una poderosa rebelión, se puede buscar la propiciación mediante sacrificios, mediante el sufrimiento y convirtiéndose en víctima de accidentes inconscientemente preparados (412): optando por “males menores” en la esperanza de hacer un “pago a cuenta” que pueda ser aceptado en lugar de la suma total a pagar (1240).

Hay personas en quienes tales esperanzas sólo pueden terminar en un desengaño. Se trata de las personas que intentan congraciarse con un superyó que se ha hecho incapaz de perdón. Esto es típico en las depresiones (véase pág. 448). También hay personas que sufren un accidente tras otro sin poder aplacar nunca a su severo superyó (1126, 1127, 1253), o que disponen su vida de tal modo que sufren un revés tras otro, víctimas de una desdichada “neurosis de destino” (327, 592, 608).

MASOQUISMO MORAL

Los métodos de propiciación con un superyó severo y secreta rebelión contra él, pueden sexualizarse en el masoquismo moral. Las actitudes sumisas y de sufrimiento, que tienen el propósito de alcanzar el perdón (o de intentarlo por extorsión) pueden constituir al mismo tiempo una especie (deformada) de placer sexual pasivo (613). Una vez que ha tomado cuerpo un deseo de ser pegado por el padre, puede ser desplazado del padre al destino. La historia infantil revela (en los casos de esta índole) que comúnmente los padres habían obligado a los pacientes a sexualizar la idea de castigo, al bloquear toda otra forma de desahogo en la expresión de los impulsos sexuales. Habitualmente se encuentran combinaciones características de prohibiciones excesivas y mimos excesivos, y los pacientes muestran la misma incapacidad de esperar que vimos en los neuróticos impulsivos (véanse págs. 414 y sigs.).

Un paciente de Alexander sexualizó el castigo y se hizo masoquista después de haber sido puesto dentro de una chimenea, castigo éste que le procuró una intensa satisfacción eróticoanal (37).

La historia infantil de un masoquista moral reveló la existencia de un padre muy débil y una madre fantaseadora, religiosa, inconsecuente y severa, que constantemente provocaba los sentimientos sexuales del niño con interminables abrazos y luego lo azotaba cuando éste quería demostrar sus sentimientos. Estas palizas se convirtieron en la expresión de su relación sexual con la madre. Esta relación no sólo fijó su conducta hacia otros objetos externos, sino también su comportamiento con el superyó que fue modelado de acuerdo con la figura de la madre. La única relación intensa de que era capaz consistía en ser condenado por sus objetos amorosos. Debajo de una obsequiosidad superficial escondida, en realidad, una profunda rebelión contra los principios y normas del modelo que había escogido. El deseo pasivo incon-

ciente de ser azotado se transmutó en un deseo de ser condenado, y el temor defensivo de ser azotado, en una angustia social. Su principal síntoma era un grave temor a los exámenes (412).

Aun sin esta sexualización, una tendencia infructuosa a la propiciación frente a un superyó severo ("sentimiento inconsciente de culpa") (608) constituye una de las más graves resistencias (121, 713, 1288, 1599). Freud describió el tipo caracterológico de los "arruinados por el éxito" (592), personas en quienes el sentimiento de culpa por su sexualidad infantil sigue siendo tan intenso que su severo superyó no les permite gozar de ningún éxito.

En el tratamiento psicoanalítico, el sentimiento inconsciente de culpa puede delatar su presencia mediante una "reacción terapéutica negativa" (608). Mientras que habitualmente las soluciones analíticas parciales y el reconocimiento de las conexiones inconscientes, como resultado de una interpretación correcta, son seguidos por una mejora en la neurosis, o por lo menos una disminución en las resistencias, con producción de material nuevo y menos deformado, en esta clase de pacientes nos encontramos con el paradójico resultado de un empeoramiento y un aumento de las resistencias.

No siempre una reacción terapéutica negativa justifica un diagnóstico de masoquismo moral. Puede tener una génesis diferente. Ante todo, puede ser provocada por una interpretación hecha a destiempo. Una interpretación demasiado temprana no será captada de ningún modo por el paciente. Pero existe además un momento en que el yo, incapaz todavía de aceptar una interpretación, entiende, no obstante, lo suficiente como para tomarla como señal de alarma y aumentar las resistencias de la defensa. Sin embargo, una reacción terapéutica negativa resultante de una interpretación económicamente errónea queda limitada a esta sola oportunidad, de manera que resulta fácilmente distinguible de una reacción terapéutica negativa que tiene sus raíces en el carácter del paciente. Pero tampoco esta última es necesariamente masoquista. Para muchos pacientes, ciertos acomodamientos o actitudes neuróticas adquieren el significado de garantía de un relativo equilibrio mental. Temen cualquier cambio y consideran su presente estado neurótico como un mal menor, por lo que reaccionan negativamente a toda alteración de este estado neurótico hasta que el miedo mismo es analizado (818, 1315).

Un paciente cuya fobia a las alturas era objeto de un eficaz ataque por el psicoanálisis, comprobó, al llegar a un lugar elevado, que no aparecía su habitual angustia. Se asustó terriblemente e hizo, a falta de la otra, una nueva crisis de angustia.

Algunas personas luchan contra sus sentimientos de culpa proyectando su superyó hasta tal punto que desaparecen por completo sus sentimientos de culpa, pero en cambio sienten angustia por lo que puedan pensar los demás (véanse págs. 333 y sigs.).

Todas las maneras de enfrentarse con los sentimientos de culpa aquí descritas son fáciles de descubrir en ciertas costumbres y hábitos religiosos.

EL DON JUAN DEL ÉXITO

Algunas personas pagan su tributo al superyó, no en forma de sufrimiento sino de éxitos. Para ellos, el éxito tiene la virtud de anular culpas y fracasos anteriores. Como ninguna hazaña puede anular realmente la culpa inconsciente, estas personas sienten la compulsión de correr tras los éxitos, sin sentirse nunca satisfechos de sí mismos. Son los Don Juanes del éxito.

Un hombre ciertamente prominente y de éxito se sentía constantemente insatisfecho consigo mismo. Tenía éxitos exteriores, pero ninguna satisfacción interior. Siempre estaba tratando de aumentar sus ingresos, en realidad bastante satisfactorios, incapaz de superar el temor angustioso de que fueran insuficientes. En su vida amorosa se comportaba de igual modo. Lo perseguían las mujeres, pero él siempre se sentía internamente insatisfecho, lo cual era comprensible por el hecho de que en estas relaciones faltaba por completo la ternura. Se veía claramente que sus *objetivos* libidinosos eran oscurecidos por la abrumadora penuria narcisística que lo dominaba. Estaba casado con una mujer mucho mayor que él, la cual lo trataba, en ciertos aspectos, como una madre trata a un hijo. Se comportaba con él como un tutor, y este gran hombre, que conocía tantos éxitos, era en su casa más bien una criatura. Es cierto que él sentía esta dependencia como una opresión, y se había acostumbrado a vengarse de su mujer con ataques de rabia, una infidelidad constante y una absoluta falta de consideración. Cada uno transformaba la vida del otro en una tortura. La primera función defensiva de su deseo, constantemente insatisfecho, de ser un gran hombre, era, por eso, la de engañarse a sí mismo en cuanto al hecho de que, en muchos aspectos, era un niño. Esta interpretación se confirmaba con el hecho de que su mujer aguijoneaba constantemente su ambición, tal como en la infancia lo había hecho con él su madre. El reconocimiento, por parte del paciente, de que había algo detrás de su insatisfacción constante, que persistía a pesar de sus éxitos exteriores, fue logrado en el análisis de la transferencia. Así como en todo otro terreno, era muy ambicioso en el análisis, y quería impresionar al psicoanalista e impresionarse a sí mismo mediante un éxito rápido. Había leído a Freud, y desde el primer momento comenzó a exponer teorías sobre su infancia. Comprendió relativamente pronto, sin embargo, que no era esto lo importante, y comenzó entonces a observarse y estudiar la propia conducta, y a comportarse como un "alumno predilecto", si bien insistiendo constantemente en que el análisis avanzaba muy lentamente y él no estaba satisfecho de sí mismo. En una ocasión, en vísperas de un día festivo, vino tarde a la sesión, a causa de que, en el momento mismo en que salía para ir al análisis, tuvo un súbito ataque de diarrea. Esto le impresionó muchísimo. El hecho de que sus intestinos pudieran expresarse en forma tan inequívoca fue para él un nuevo motivo para darse cuenta de la realidad del análisis. Comenzó a comprender que su continua prisa no se debía a otra cosa que al propósito de ocultar algo. El análisis demostró que esta diarrea era, ante todo, un equivalente de angustia. Más adelante reveló la relación entre esta angustia primitivamente incomprensible y su angustia acerca de la precariedad de sus éxitos, de sus aventuras amorosas y de sus ingresos. En un determinado momento se descubrió que la formación del carácter del paciente se había completado ya en la infancia. Ya entonces había sido un niño diligente, descarado y de visible éxito exterior. Siempre fue el primero en todo, incluso en ser malo, a pesar de lo cual no estaba satisfecho de sí mismo. Era instigado en su conducta por una madre ambiciosa, que constantemente le incitaba a la acción. Cuando el

análisis reveló que la madre despreciaba decididamente al padre, que era comerciante, y le había dicho al niño: "Tienes que ser más que tu padre", se vio con claridad que la conducta del paciente constituía una forma especial de regreso del complejo de Edipo reprimido. No se veía claramente por qué había tomado precisamente esta forma. Pronto hicieron su aparición algunos fragmentos de su historia infantil. Su padre había vendido ilegalmente, sin el permiso requerido, ciertas mercaderías. Esta situación hizo del policía una figura particularmente temida por el niño, y rebajó el poder del padre a los ojos de éste. El niño tomó la decisión de no dejarse atemorizar por los policías, sino hacerse temer por ellos, cuando fuera grande. (Se mantuvo fiel a este propósito. Cuando manejaba su automóvil, le gustaba inducir a los policías a hacerle objeto de acusaciones injustificadas, para demostrarles luego su error.) Las circunstancias de la familia lo obligaron a ayudar a veces tras del mostrador, incluso a la edad de seis años. Los clientes le tenían cariño y preferían comprarle a él. El niño tomaba esto como un triunfo sobre el padre, a quien ya consideraba débil. Dos hechos posteriores de su vida acentuaron a la vez la necesidad de mostrar su superioridad y la posibilidad de gratificar sus necesidades de pasividad. A la edad de catorce años fue seducido por una criada, con la que mantuvo una relación sexual constante desde entonces. En su memoria, este episodio aparecía cambiado en el sentido de haber sido él quien a esa edad sedujo a esta mujer adulta. Se precisó la ayuda del análisis para convencerle de que la situación era en realidad al revés, y que su conducta posterior constituía un intento ininterrumpido de transformar su penoso recuerdo de acuerdo con sus deseos. (De una manera típica para su carácter, fracasó en este intento. Su intención era lograr, de las numerosas mujeres a quienes persuadía a tener relaciones sexuales con él, una confirmación de su masculinidad, de la que inconscientemente dudaba. En el curso del análisis resultó evidente que arreglaba de modo tal las cosas que las mujeres mostraran su "disposición propicia", y solamente después de eso él se sentía incapaz de resistir.) A la edad de diecisiete años, además, tuvo que sufrir varias intervenciones quirúrgicas, por un absceso al pulmón. Esto le significó guardar cama por varios meses y una convalecencia de años, debiendo ser alimentado durante todo este tiempo como un niño.

Poco a poco pudo verse que el paciente tenía temor a la transferencia en el análisis. Temía quedar "esclavizado" al analista. Desde el comienzo, su actitud en la transferencia estaba dirigida a repudiar esta angustia. Trató de rebajar al analista, encontrando que los "agentes de policía" eran superiores a él. Poco después se produjo una confirmación de su verdadera actitud en la infancia. El niño de seis años no pudo, en realidad, haberse sentido superior a su padre como comerciante. Éste acostumbraba pegarle con frecuencia, y le inspiró un gran temor en la primera infancia. La relación con el padre sobrepujo completamente su relación con la madre, y en consecuencia, el hecho de que su padre necesitara la ayuda del niño en sus actividades comerciales tuvo un significado libidinoso adicional. Su actitud narcisista-pasiva se desarrolló en la temprana infancia a través de varias circunstancias especiales, entre ellas la enfermedad, la estricta prohibición de la masturbación (lo que puso fin a sus tempranos intentos fálicos) y la severidad del padre. Este mismo conjunto de circunstancias le hizo temer también esta actitud. Colocado en este conflicto, la ambición de la madre, la comparación entre los policías y el temido padre (desfavorable para éste), y su propio éxito como vendedor, le señalaron una salida: mediante una constante lucha externa contra la actitud narcisista-pasiva, pudo conservar ésta en otros aspectos. El haber sido seducido por la criada, y la enfermedad que siguió a la pubertad, fijaron en su carácter estas últimas actitudes defensivas (433).

CARENCIA APARENTE DE SENTIMIENTOS DE CULPA

Algunas personas presentan, en apariencia, una carencia de sentimientos de culpa, puesto que ceden fácilmente a impulsos que habitualmente son dominados por las personas normales. Ya nos hemos ocupado (véanse págs. 421 y sigs.) de los "caracteres gobernados por los instintos" (1266) y las diferentes maneras en que frecuentemente reflejan las malas condiciones sociales del ambiente infantil de los pacientes "psicópatas" (31).

El mecanismo de la "idealización" de una actividad instintiva conduce a veces, sin mediar una perturbación más profunda en la formación del superyó, a una situación en que una conducta favorable a los instintos aparece subjetivamente compatible con las exigencias del superyó (840). Puede suceder también que un ambiente infantil desusado haya dado lugar a la formación de un superyó cuyas valoraciones son contrarias a las del superyó corriente en una sociedad determinada (40), como puede darse también que, después de la instauración de un superyó "normal", circunstancias ulteriores den lugar a la creación de un doble "parasitario" de este superyó, de tendencia opuesta al primero (603, 1235).

CRIMINALIDAD Y MALA IDENTIFICACION

Muchos casos de *criminalidad*, básicamente caracterizados por la realización de actos de carácter instintivo ordinariamente coartados, deben contarse entre los "caracteres gobernados por los instintos" (1266) (véanse págs. 421 y sigs.), los "neuróticos impulsivos" (véanse págs. 414 y sigs.) o dentro de ese grupo de "caracteres neuróticos" que Alexander (38) fue el primero en describir, que tienden al "acting out" de sus conflictos neuróticos (véanse págs. 647 y sigs.). Otros casos de delincuencia, en cambio, obedecen a un número de causas diversas (47, 756, 757, 927). Ante todo, al abordar este tema, debemos subrayar el hecho de que la criminalidad no es un concepto psicológico. La criminalidad es una forma de actuar contraria al código penal (490, 649). Actos de esta índole pueden ser cometidos por personas de cualquier tipo psicológico, tanto normal como patológico. Tiene sólido fundamento la afirmación de que la criminalidad llamada accidental (40) comprende el porcentaje más elevado de todos los hechos criminales. Los criminales de esta clase tienen una estructura psicológica normal y sus crímenes no tienen un especial interés para la psicopatología.

Esta afirmación no significa que el análisis de un "criminal accidental" no habría de revelar las vinculaciones existentes entre el hecho de que se trata y los conflictos inconscientes. Ningún fenómeno mental carece de conexiones inconscientes.

De igual modo, tampoco configura un problema especial de psicopatología el hecho de que el contenido de un superyó normal sea diferente del que es corriente en una sociedad determinada o del que exigen los conduc-

tores de dicha sociedad. Hay muchos hechos a los que se da el nombre de criminales, y cuyos autores, de acuerdo con su propio superyó, no encuentran en ellos motivo de mala conciencia. Los criminales de esta índole se han identificado, desde el punto de vista del código penal vigente, con "objetos mal elegidos", pero no existe anomalía alguna en la calidad de las identificaciones (133, 136).

Las identificaciones son un fenómeno esencial para la estructuración del carácter. Por eso, las anomalías en la formación de las identificaciones, así como la "identificación con objetos mal elegidos" conducen a la creación de rasgos patológicos de carácter. Los cambios frecuentes y rápidos en el medio ambiente del niño, consistentes en la desaparición de personas amadas y la entrada en él de nuevas personas, pueden hacer que las identificaciones duraderas resulten imposibles. Las personas con las cuales se han hecho las identificaciones decisivas pueden ellas mismas ser patológicas, o puede darse que las circunstancias hagan identificarse al niño con un aspecto inadecuado de una personalidad. O bien la identificación se realiza con modelos del sexo opuesto, en vez de ser los del propio sexo (1266). Lo que se considera "masculino" y "femenino", en cada caso, está indudablemente determinado más por factores culturales que biológicos. (Las "distinciones entre los sexos", de orden anatómico y fisiológico, también tienen, por supuesto, "consecuencias psicológicas" [617], pero estas consecuencias se hallan siempre condensadas, necesariamente, con otras de carácter cultural y social [655]). Dentro del marco de una determinada tradición cultural tiene bastante importancia, sin embargo, el hecho de que un hombre se comporte de una manera masculina o femenina. La identificación principal se hace con aquella figura parental de la que se sienten proceder las posibilidades decisivas. Sería interesante descubrir los factores sociales a que se debe, en nuestros días, el creciente número de madres "dominadoras" (658). Pero cualquiera sea la causa, el resultado es que, mucho más que en otras épocas, los hombres se ven obligados a luchar con rasgos femeninos dentro de su carácter.

De todo esto surge la evidencia de que la influencia del medio social es aún mayor en el proceso de la conformación del carácter que en la configuración de una neurosis. Cada ambiente cultural tiende a producir estructuras caracterológicas similares en la mayoría de los niños que crecen bajo su influencia, frustrando ciertos impulsos, estimulando otros, formando ideales y deseos, sugiriendo modos de defensa y soluciones para los conflictos creados por esas mismas sugerencias. De este modo, la denominación de "trastornos del carácter" corresponde a cosas bien diferentes en diferentes condiciones culturales. Lo que representa el "orden" en un medio ambiente significa "desorden" en otro.

CARACTERES DE "ACTING OUT" — NEUROSIS DE DESTINO

Igualmente perturbados en su conducta frente a las exigencias del superyó y hacia los objetos externos son los individuos, ya citados, en quienes

la transferencia, es decir, una indebida interpretación inconsciente del presente en términos del pasado, cobra una fuerza extraordinaria. Una vez tras otra, los pacientes realizan actos o pasan por experiencias que son idénticas o muy similares, y que representan intentos inconscientes de liberarse de viejos conflictos instintivos, de hallar una gratificación retardada de impulsos reprimidos (tanto exigencias instintivas como sentimientos de culpa), o por lo menos de encontrar alivio a alguna tensión interna. El ambiente en que actúan representa, para estas personas, nada más que el marco en que van a desplegar sus conflictos internos. Los pacientes pueden tener apariencia de personas inquietas e hiperactivas (38), o bien su actividad puede estar oculta y su historia dar la impresión de que son juguetes de un destino maligno. Los hechos que se repiten son sufridos en forma pasiva y racionalizados como acontecimientos que se producen contra la voluntad del paciente (327).

Los pacientes con predisposición especial a los accidentes fueron estudiados por Dunbar (342) como un tipo especial de personalidad.

Durante el tratamiento analítico, el fenómeno del *acting out* consiste en los intentos del paciente de usar la transferencia no solamente como una manera de rendir cuenta de los conflictos que se van movilizand, sino también de volver a vivirlos en relación con el analista. Algunas personas se conducen de este modo incluso fuera de la situación analítica. Sus actos, más que formas de actividad racionalmente emprendida, son repetición de situaciones infantiles o intentos de poner fin a conflictos de la infancia. Utilizan una situación real, de algún modo vinculada, por asociación, con un conflicto reprimido, como una oportunidad de descarga (445).

En un aspecto difieren estas personas de los demás neuróticos: el síntoma neurótico típico es autoplástico y se produce dentro de la persona, mientras que aquí es mantenida la capacidad aloplástica (38, 682). Existe una relación con los fenómenos del terreno maniaco-depresivo, que se evidencia en el hecho de que a veces alternan, con cierta periodicidad, los actos tendientes a satisfacer exigencias instintivas con actos que satisfacen al superyó (1266). La psicopatología preanalítica describió ciertas categorías de psicópatas que pertenecen a este capítulo, denominándolos simplemente por el carácter de los actos que se presentan en primer plano: "los psicópatas impulsivos", "los psicópatas agresivos", "los psicópatas dependientes".

En cuanto se refiere a esta íntima conexión entre tendencias inconscientes y actividad motriz, Alexander tan sólo afirmó que existe "un poder de expansión más intenso en la esfera instintiva" (38). Esto es así, por cierto, pero ¿cuál es el origen de este poder de expansión?

La primera respuesta que se presenta por sí sola es que esta expansión puede producirse allí donde el yo encuentra la manera de racionalizar sus actos. Esto puede ser refutado, sin embargo, por el hecho de que el *acting out* neurótico no siempre es bastante racionalizado. Hay personas que incurren en una conducta de *acting out* sin ninguna racionalización, personas que

ceden a todo impulso neurótico sin preguntarse jamás por qué actúan de ese modo.

Se podrán hallar respuestas más adecuadas si consideramos a estos pacientes como afines a los neuróticos impulsivos y a los pacientes traumatofílicos. La base de su peculiaridad se halla, también aquí, en una intolerancia a la tensión. No son capaces de dar el paso que media entre actuar y pensar, es decir, entre la disposición a ceder inmediatamente a todo impulso y una capacidad de juicio razonado. Más que lograr placer, su objetivo es evitar el displacer. En cuanto se refiere a las causas primarias de la intolerancia, lo único que podemos hacer es repetir que las fijaciones orales y los traumas tempranos desempeñan un importante papel.

En opinión de Alexander, los caracteres neuróticos de este tipo son más fácilmente accesibles al análisis que los pacientes con neurosis sintomáticas. La posibilidad de este mejor pronóstico es atribuida por Alexander al hecho de que en las neurosis sintomáticas el paciente ha regresado de la aloplasticidad a la autoplástica. Después de un análisis exitoso, aún debe "juntar coraje" para actuar en la vida real, mientras que esto mismo no es necesario para aquel que está en constante *acting out* en la vida real (38). Pero esta tesis no parece muy convincente. La actitud pseudoaloplástica del carácter neurótico no puede ser convertida en una sana actitud aloplástica a menos que se la convierta previamente, por un tiempo, en una actitud autoplástica neurótica, la cual entonces es factible de ser tratada como una neurosis sintomática ordinaria. Los conflictos internos que han sido proyectados sobre rígidas relaciones pseudo objetales, deben volver a transformarse, ante todo, en conflictos internos, y ser tratados como tales, antes de que puedan ser reemplazados por relaciones normales de objeto (433, 438). La intolerancia a la tensión puede hacer que esta tarea resulte sumamente difícil y obligar a ciertas modificaciones en la técnica psicoanalítica clásica (445).

CONDUCTA PATOLÓGICA FRENTE A LOS OBJETOS EXTERNOS GENERALIDADES

Los conflictos entre el yo y el ello o entre el yo y el superyó, obligan al yo a cambiar en su conducta con los objetos externos. (Muchos de estos cambios ya han sido señalados hasta aquí.) El interés por los objetos externos existe porque éstos representan o bien una amenaza o una virtual gratificación. Con el desarrollo del principio de realidad, el yo aprende que la mejor protección contra las amenazas y la máxima gratificación son logradas cuando juzga objetivamente la realidad y gobierna sus actos con este criterio (575). Los neuróticos son personas en quienes esta aptitud se halla limitada de algún modo, a causa de que ha quedado intacta una parte excesivamente considerable del temor primitivo, y en consecuencia, de las urgentes exigencias instintivas primitivas. En virtud de esto resulta difícil todo "aprendizaje" objetivo, ya que aprender requiere tiempo (527, 528, 529, 536). En estas personas está perturbada la función de prueba por la realidad. Los objetos

reales no son más que sucedáneos "transferenciales" de objetos del pasado, y son inadecuados los sentimientos con que se responde a ellos. El histérico no sabe encontrar otros objetos que los de su complejo de Edipo, pero los objetos que encuentra no son en realidad los de su complejo de Edipo y por consiguiente tiene que sufrir necesariamente un desengaño. El neurótico obsesivo está limitado al mundo de sus sentimientos sádicoanales. El neurótico fijado oralmente no ve en los objetos otra cosa que instrumentos que han de procurarle alimento y autoestima. Las personas con sentimientos inconscientes de culpa sólo encuentran figuras revestidas de autoridad, que castigan o perdonan.

Los casos de perturbación general de las relaciones con todos los objetos pueden subdividirse en dos categorías. En la primera están aquellos casos en los cuales la perturbación consiste en el carácter excesivamente infantil de las relaciones y ha sido causada ya sea por sobresaltos grandes en el desarrollo o por regresiones. La segunda categoría es la de aquellos casos en que una determinada necesidad de carácter predominante eclipsa de tal modo a todo lo demás, que excluye, en mayor o menor grado, toda verdadera relación de objeto, porque los objetos son usados con el único propósito de satisfacer ese deseo. Se trata de "relaciones pseudo-objetales".

Dado que la necesidad predominante ha surgido en cierto momento en vinculación con objetos del pasado, también el carácter predominante de la necesidad es una especie de transferencia, si bien hay que tener en cuenta que la denominación de transferencia se usa principalmente en los casos en que se reacciona a cierto objeto con sentimientos que surgieron alguna vez en relación con alguna otra persona definida. En las relaciones pseudo-objetales las relaciones no son de ningún modo personales, sino que los objetos son usados, más bien, como instrumentos para aliviar una tensión interna.

Al ocuparnos de la psicología de la pubertad dijimos que la necesidad de reaseguramiento contra las angustias relacionadas con las nuevas pulsiones, puede dar un carácter de inautenticidad a todas las relaciones de objeto. Éstas se mezclan con identificaciones y las personas son percibidas más como representaciones de imágenes que como personas (véase pág. 136). Por eso los caracteres neuróticos, que siguen temiendo sus pulsiones neuróticas durante toda la vida, producen a menudo una impresión de adolescencia.

El análisis de caracteres neuróticos ofrece una amplia oportunidad de estudio de los diversos tipos de reacción patológica a los hechos de la vida diaria. Los conflictos latentes hacen imposible una reacción adecuada. Los hechos de la vida diaria son falsamente interpretados en función del pasado, ya sea como tentaciones o como castigos. Hemos visto ejemplos de esto al ocuparnos de los factores precipitantes de las neurosis (véanse págs. 507 y sigs.).

Tenemos que referirnos, una vez más, a las personalidades enteramente frías y las pseudohiperemotivas. Ambos tipos son incapaces de un contacto amplio y cálido con los demás. En lugar de esto, crean pseudo contactos

sustitutivos de diverso tipo, la mayor parte de las veces haciendo pasar sus intereses narcisísticos como interés por los objetos (cfr. 1600).

FIJACIONES EN ETAPAS PREVIAS DEL AMOR

La formación del amor y el odio constituye un largo proceso psicológico (véanse págs. 110 y sigs.). En los casos patológicos, cada una de estas etapas puede ser conservada o reactivada. El "amor" del bebé se reduce a tomar de los demás. Reconoce los objetos en la medida en que necesita de ellos para su satisfacción, y una vez que ésta es alcanzada, aquéllos pueden desaparecer. La satisfacción que necesita es a la vez sexual y narcisística. Algunos seres humanos quedan fijados a esta etapa. Su única exigencia, en todas las relaciones con los demás, es la satisfacción de sus necesidades inmediatas. El ambiente que los rodea es para ellos un instrumento de regulación de la autoestima.

Hay algunos que, al depender en esta forma de los suministros externos, no tienen otro interés que el de realizar lo que, a su juicio, los demás esperan de ellos. No tienen una personalidad realmente definida. Son aquello que, a su juicio, los demás esperan que ellos sean. Cambian completamente, de acuerdo con las personas que forman parte de su situación inmediata. Sus identificaciones son múltiples y efímeras, y en toda su manera de ser no parecen tener nada estable (1334, 1537). Su actitud se inspira en el hecho de que es más cómodo correr el riesgo de ser rechazado si se está representando el papel de otro, papel al que se puede renunciar si el rechazo se produce con la misma facilidad con que uno se quita un vestido.

La identificación es el primer tipo de relación de objeto. Existen variantes adultas de relaciones de objeto infantiles, que se deben al hecho de que todas las relaciones de objeto continúan basándose excesivamente en la identificación.

Los "caracteres orales" se dejan atrapar fácilmente en este círculo vicioso característico: el hecho mismo de solicitar los suministros les hace sentir temor, a causa de la intensidad del reclamo. Necesitan, en consecuencia, más suministros, con lo que a su vez se acrecienta su temor. Los objetos que necesitan no tienen, para ellos, más fin que éste: estar sentados junto a su cama tal como lo hacía la madre junto a la cama del niño asustado, como pacificadores, protectores, portadores de suministros, en una palabra, con función de "auxiliadores mágicos" (653).

Las personas que dependen de su ambiente hasta ese punto, se hallan fijadas a aquella etapa del desarrollo del yo en que, perdida ya la primitiva omnipotencia, se esforzaban por recuperarla. En determinadas circunstancias, puede ser conservada —o recuperada por regresión—, en los estados neuróticos, la etapa, aún más primitiva, del narcisismo primario en que no existe subjetivamente necesidad alguna de objetos y se goza de completa independencia (porque se da por sobrentendido el cuidado a cargo de los objetos externos). Hay ciertas personalidades introvertidas que viven como si todavía

se encontrarán en la etapa de realización alucinatoria de los deseos, personas en quienes el pensamiento fantástico ha reemplazado enteramente a toda forma de pensamiento "preparatorio" (véanse págs. 66 y sig.); son los excéntricos que, en mayor o menor grado, han logrado recuperar la seguridad del narcisismo primario, y sienten que "nada puede sucederles". El análisis revela en estos casos un ambiente infantil excepcional, que les ha ahorrado aquellos conflictos de la vida diaria con la realidad que obligan a los demás niños a renunciar a las etapas arcaicas del repudio del displacer y volverse hacia la realidad (véase pág. 494).

Las personas que manifiestan una conducta "omnipotente" de esta índole y parecen ser especialmente "independientes" tienen un influjo particularmente fascinante sobre aquellos caracteres, ya descritos, que necesitan de "auxiliadores mágicos". Esta conducta narcisista, que no concede a las personas colocadas en ese estado de dependencia ninguna esperanza de amor verdadero, despierta en cambio su disposición a la identificación. Los "partidarios", unidos por la común fascinación, luchan por el permiso de participar en el "omnipotente" poder del narcisista (1200).

Los individuos "introvertidos" dotados de talento pueden hallar un renovado contacto con el mundo de los objetos, como artistas que encuentran en sus creaciones un camino de regreso a la realidad. Otros introvertidos no podrán evitar el derrumbe si las dificultades de la vida hacen imposible prolongar la habitual reclusión en la fantasía o en ciertos pseudo-contacts sustitutivos, posibles hasta ese momento.

Hay personas introvertidas a quienes se supone subjetivamente independientes de los objetos reales (cosa que por supuesto ocurre realmente tan sólo mientras no les falte alimento y dinero), se hacen también muy dependientes subjetivamente cada vez que los acontecimientos externos —la pérdida de los "partidarios" o un fracaso innegable— les obligan a dudar de su omnipotencia. Necesitan entonces, nuevamente, participar en la omnipotencia proyectada, y su empeño de identificación con los objetos les vuelve muy dependientes (1250). Mientras que, en general, los sueños diurnos eróticos son independientes de la realidad (que éste es un verdadero propósito), los sueños diurnos de las personas cuyas necesidades eróticas son todavía narcisísticas, y cuyas relaciones de objeto son todavía identificaciones, dependen, de hecho, de la conducta real de sus objetos. Puede expresarse de la siguiente manera lo que necesitan: el prójimo debe comportarse de tal modo que la deseada identificación resulte posible, o más precisamente, debe ser lo que la persona misma hubiera querido ser, de manera que ésta pueda participar nuevamente por empatía en su propio ideal. El objeto ha de comportarse en forma tal que permita la identificación que el sujeto necesita como suministro narcisístico (1449, 1575).

Las personas de este tipo tratan de influir sobre sus objetos por la fuerza, por la propiciación o por cualquier otro recurso mágico, para obligarlos no solamente a proporcionarles los suministros que necesitan (como es lo habitual en los caracteres orales), sino también a comportarse de una manera especial, en consonancia con el ideal del sujeto. Esto puede expresarse

también de otro modo: el narcisista, cuando dice "me amo a mí mismo", puede proyectar el "a mí mismo" sobre otra persona, y luego identificarse con ésta, para disfrutar de la sensación de ser querido por sí mismo. Para conseguir esto, necesita que su objeto se comporte tal como su deseo inconsciente de identificación quiere que lo haga. El paciente puede hallarse dominado, eventualmente, por un empeño de inducir al objeto a hacer lo que él desea que haga. Esto deja de ser ya una identificación propiamente dicha. No es el caso de un yo que adopta características que pertenecen a un objeto. Se trata más bien de que un objeto ha de ser inducido a adoptar ciertas características del yo ideal, para que el yo pueda luego, por empatía, gozar nuevamente de estas mismas características (353). Este mecanismo, por regla general, es usado no solamente con un objetivo de placer narcisístico y erógeno, sino también como defensa contra la ansiedad. Los pacientes desearían saber de antemano lo que hará el objeto. Quisieran saber si el objeto ha de actuar de acuerdo con su ideal del yo (el de ellos).

Un mecanismo frecuentemente usado a este fin es el "gesto mágico" que Reik ha descrito con el nombre de "anticipación" (1296). La persona se comporta tal como desca que lo haga el objeto, llevado de una expectación mágica de que la vista de su gesto obligará al objeto a imitarlo. De hecho, el gesto mágico no es una anticipación de lo que el objeto está por hacer, sino de lo que se desca que el objeto haga.

Se ve con toda claridad que el gesto mágico es, por ello, diferente de la "empatía" objetiva, que consiste en una temporaria identificación con un objeto, con el propósito de prever lo que el objeto está por hacer. Las identificaciones de ensayo con propósito de empatía desempeñan un papel básico en las relaciones normales de objeto. Se pueden estudiar especialmente, analizando la manera de trabajar del psicoanalista (518). Las identificaciones de ensayo con propósito de empatía son una repetición de los tipos arcaicos de percepción en general. Los tipos arcaicos de percepción tenían por característica el realizarse en dos pasos: a) una identificación imitativa con el objeto, y b) la toma de conciencia de los cambios ocurridos dentro de la propia personalidad, y con ello, en el mundo externo. De manera análoga, la empatía consiste en dos actos: a) una identificación con la otra persona, b) el percatarse de los sentimientos propios después de la identificación, y de esta manera, darse cuenta de los sentimientos del objeto (132, 975, 1598).

El gesto mágico es probablemente el modelo de todas aquellas funciones del yo que se caracterizan por la capacidad de éste de "anticipar" el futuro.

LA PERSISTENCIA DE LA AMBIVALENCIA

Otra característica arcaica de los caracteres neuróticos es la indebida ambivalencia que preside todas sus relaciones de objeto. Esto es característico de todos los neuróticos que poseen fines instintivos inconscientes de carácter infantil. Dado que en realidad persiguen una finalidad que no pueden alcanzar, forzosamente se sienten decepcionados en todas sus relaciones de objeto. Pueden experimentar esta frustración como una repetición de las que alguna

vez sintieron siendo niños, y reaccionar a ella con la misma agresividad con que reaccionaron a las frustraciones primitivas. La venganza constituye un tipo especial de la inveterada "anulación" mágica de frustraciones y humillaciones, basada en una identificación con el agresor. Hay personas cuya necesidad inconsciente de venganza eclipsa todas las otras necesidades y perturba todo intento de relación objetal positiva. Dentro de esta categoría se encuentra el "tipo vengativo" del complejo de castración femenino (20). Otras personas se hallan gobernadas, no en forma directa por una necesidad de venganza, sino por formaciones reactivas contra la necesidad de venganza.

C E I O S

Una incapacidad de amar basada en una profunda ambivalencia se manifiesta también en aquellas personas cuyas relaciones de objeto están dominadas por los celos (113, 426, 607, 897, 1089, 1314, 1494). Los celos ocasionales pueden corresponder a la intensidad de los sentimientos amorosos, pero aquellos individuos en quienes los celos constituyen una característica permanente son precisamente los que no son capaces de incubar un amor auténtico, porque en todas sus relaciones se halla mezclada una necesidad narcisística. Decididamente, los celos no son más intensos allí donde hasta cierto momento fueron más intensos el amor y la gratificación. Las personas predisuestas a los celos son, por el contrario, aquellas que cambian continuamente y con toda facilidad sus objetos, y que se sienten celosas, incluso, de objetos en los cuales no tienen un interés especial hasta que una circunstancia extraña provoca sus celos. Si los celos fueran simplemente una penosa reacción a una frustración, se podría esperar que fueran rechazados en lo posible, pero en realidad presentan la característica opuesta: una tendencia a interferir y a convertirse en obsesión. Esto demuestra que el aferrarse a los pensamientos conscientes que caracterizan a los celos sirve para reprimir otra cosa.

La mezcla de depresión, agresividad y envidia con que el individuo celoso reacciona a la pérdida de amor revela una intolerancia especial a esta pérdida. Y el temor a la pérdida de amor es más intenso en aquellas personalidades para las cuales esta pérdida significa una disminución en la autoestima. Dado que el hecho mismo de aferrarse a lo que se posee puede llenar ya la misma función de autoestima que corresponde a otros suministros externos, una sociedad en la cual cada consorte es considerado como propiedad del otro hace más probable el desarrollo de los celos como un medio de lucha por la autoestima.

El carácter obsesivo de los celos se debe, ante todo, al hecho de que la situación actual que ha provocado los celos trae a la persona el recuerdo de una situación similar, más antigua, que ha sido reprimida. El mantener en el primer plano de la conciencia una humillación actual, ayuda a mantener en segundo plano la humillación anterior. Sin embargo, la frustración inherente al complejo de Edipo, que ciertamente es el fundamento de todos los celos (585), ha sido sentida por todo el mundo, incluso las personas

que más tarde no muestran inclinación a los celos. Aquí fue Freud quien señaló el camino, mediante la comprensión de los de celos paranoicos (574, 607). En la paranoia, los celos son usados para rechazar dos clases de impulsos mediante la proyección: los impulsos hacia la infidelidad y hacia la homosexualidad. Las dos clases de impulsos inconscientes también desempeñan ciertamente un papel en los celos normales. Los celos hacen su aparición todas las veces que una necesidad de reprimir los impulsos hacia la infidelidad y hacia la homosexualidad coinciden con la característica intolerancia a la pérdida de amor.

Jones describe la dependencia narcisística del celoso frente a su objeto ("para un hombre como ése el amor representa un medio terapéutico del que espera la curación de un estado mórbido") (897). Sin embargo, concede menos importancia al primitivo mecanismo (oral) de la regulación de la autoestima y más importancia a los profundos sentimientos inconscientes de culpa que las satisfacciones narcisísticas tratan de contrarrestar. Jones hace hincapié también sobre el hecho de que en las personas de este tipo el intenso anhelo de lograr algo de sus objetos tropieza la mayor parte de las veces con un fuerte temor a la gratificación de este anhelo. Una fuga inquieta, de un objeto a otro, puede ser el resultado de esta ansiedad (1218). Dice Jones: "La infidelidad conyugal tiene, más de lo que se cree, un origen neurótico. No es señal de libertad y potencia, sino de lo contrario" (897). Sin embargo, más frecuente aún que el temor neurótico a los lazos, es el afán neurótico de crearse lazos, el temor a todo cambio de objeto.

INHIBICIONES SOCIALES EN PUNTOS AFECTADOS POR "COMPLEJOS"

Incluso las personas afectadas por perturbaciones leves pierden parte de su función de prueba por la realidad allí donde entran excesivamente en juego la ansiedad y las tentaciones inconscientes. Los neuróticos son personas sensibilizadas en los puntos que se relacionan con sus "complejos". Es en estos puntos donde no mantienen una perspectiva objetiva en sus relaciones de objeto.

Los neuróticos sufren los efectos de la persistencia de su complejo de Edipo. El hecho de que esta persistencia perturba necesariamente sus relaciones de objeto de cada momento determinado, provocando juicios erróneos, insatisfacciones y las decepciones consiguientes, se manifiesta, ante todo, en las características de la vida amorosa.

Freud describió varias "condiciones para el amor" que se deben a la persistencia del complejo de Edipo (572). Son la "necesidad de un tercero agraviado", el "amor a una ramera", la "formación de largas cadenas de objetos amorosos", fantasías alrededor de la idea de "rescatar al ser amado", y por último —aunque no último en importancia— la escisión entre ternura y sensualidad Abraham describió tipos de "exogamia neurótica" cuyo objeto es combatir el peligro de incesto en todas las relaciones humanas (10).

Debido al hecho de que "la conducta de un ser humano en materia sexual constituye a menudo el prototipo de todos sus otros modos de reacción en la vida" (561), las manifestaciones de un complejo de Edipo indebidamente prolongado no se limitan a la vida amorosa propiamente dicha, sino que se encuentran en todas las formas de relación social. Las ilusiones y los desengaños constituyen legión.

También la persona normal, cuando elige un objeto de acuerdo con el tipo anaclítico, lo hace teniendo en cuenta su semejanza con objetos de la infancia. Pero el papel desempeñado por la semejanza se reduce a la elección. La persona normal es capaz de percibir las características reales del objeto y reaccionar adecuadamente, mientras que el neurótico, cuyo complejo de Edipo no ha sido liquidado, juzga erróneamente sus objetos, y sólo ve en ellos la representación de sus objetos del pasado. La misma diferencia entre "normal" y "neurótico" la hallamos en la elección de profesión. Puede sucederle también a una persona normal que escoja una profesión por motivos instintivos inconscientes. Pero el neurótico, dado que los impulsos instintivos originales persisten en su inconsciente, no será capaz de adaptarse a las tareas objetivas de su profesión, y en su trabajo sólo buscará satisfacciones infantiles. No será eficaz en su trabajo y sufrirá una decepción.

La forma particular de complejo de Edipo de cada individuo determinará el carácter específico de las perturbaciones que sufrirá en sus relaciones de objeto. Las perturbaciones de carácter que pueden resultar son tan variadas como lo son las experiencias infantiles (418, 828, 1275, 1458). La situación familiar (ya se trate de la familia verdadera o sustitutiva), el número de niños en la misma, y su edad, la edad en que se produjeron los conflictos decisivos y el contenido de estos conflictos, determinará en cada caso el respectivo cuadro clínico.

La relación de edad entre los niños de un grupo familiar y su influencia sobre el desarrollo de ciertos tipos de carácter ha sido estudiada en diferentes casos. Un hijo único tiene el complejo de Edipo más intenso y su peligro de fracasar en la adaptación es muy grande (195, 637, 1116, 1339). El hijo mayor tiene las mejores probabilidades de identificarse con el padre y ejercer autoridad sobre los hermanos menores. El menor de todos corre el peligro de ser echado a perder y los del medio, de no recibir suficiente cariño (827, 1342). La muerte temprana de uno de los progenitores predispone al chico a crear una especie de carácter oral y fortalece el vínculo con el otro progenitor y el temor a la pérdida de amor (168, 355, 979, 1325). Los gemelos son terreno fértil para la ambivalencia y los celos, una mezcla de sentimientos de dependencia, en el sentido de precisar un complemento para sentirse un todo, y una acentuada formación reactiva, hostil, de independencia (298, 749, 1209). Los hijastros tienen sus conflictos y formación de carácter típicos y específicos (760). Los problemas de los hijos adoptivos son similares, si bien tienen sus rasgos característicos propios (970). El carácter fantástico del complejo de Edipo en los niños criados fuera de toda familia se refleja también en las subsiguientes elaboraciones caracterológicas de dicho complejo (250, 979).

Lo mismo puede decirse de las diversas formas especiales de complejo de Edipo provocadas por el carácter de los padres (418, 658, 1275, 1458). Un padre "débil" predispone a los niños varones a la homosexualidad (555), una "sobrepotección

materna" predispone a un dominio personal de tipo pasivo dependiente (1041), una excesiva versatilidad de parte de los padres, a trastornos del superyó (31, 1266).

Muchas personas aprenden a superar sus dificultades con los objetos en circunstancias determinadas, pero son nuevamente víctimas de las mismas cuando dejan de llenarse estas condiciones. Muy a menudo las personas se comportan de una manera relativamente normal con aquellos que suponen colocados en un nivel inferior al suyo, y en cambio se sienten abrumados por la inhibición, el miedo y una necesidad narcisística si se encuentran con gente superior o del mismo nivel que ellos. Otros crean una preferencia exclusiva por personas más jóvenes que ellos, o prefieren a las mujeres si son hombres, o a los judíos si ellos no lo son, y así sucesivamente.

Las situaciones que pueden procurar un relativo alivio de la perturbación, en el caso de las personas inhibidas en sus relaciones de objeto, no se reducen necesariamente a la elección de objetos de una categoría inferior. Toda característica humana puede adquirir un significado de reaseguramiento o de amenaza, según sean los antecedentes de cada individuo. Aquello que evoca antiguos reaseguramientos tiene efecto reasegurador, lo que recuerda viejas amenazas tiene efecto de amenaza. En los neuróticos obsesivos las reacciones frente a las personas son influidas por el "afán neurótico de clasificación" del propio paciente (710). Todas las personas son adseritas (consciente o inconscientemente) a una u otra categoría, y esto es lo que determina el tipo de conducta del paciente.

LA PSEUDO SEXUALIDAD

Una categoría de relaciones pseudoobjetales, de especial interés, es la de la pseudosexualidad. Hay actos aparentemente sexuales y que responden a un propósito de defensa. Pueden proponerse ya sea a contradecir la existencia de objetivos sexuales perversos, acentuando los normales, o a negar inhibiciones y combatir las angustias y sentimientos de culpa, habitualmente por vía de la satisfacción de una necesidad de reaseguramiento o mediante logros narcisísticos. Los fines narcisistas o infantiles pueden perturbar, con su predominio, la potencia o la capacidad de excitación sexual. En otros casos, el desarrollo fisiológico del acto sexual puede parecer normal. Pero cuando una persona cuya sexualidad sigue conservando, en realidad, su carácter infantil, se propone rechazar una angustia que lo contraría, mediante la realización de actos (inauténticos) de sexualidad adulta, estos actos no le brindarán nunca una gratificación completa. Son personas "orgásmicamente impotentes" (1270). Los fines narcisistas en la pseudosexualidad perturban la sexualidad de la misma manera en que los objetivos sexuales inconscientes, en la abasia histérica, perturban la función de caminar (1399).

En cierto sentido, toda pulsión sexual infantil, en un neurótico, tiene también un carácter de defensa, en la medida en que, a causa de la ansiedad, está ocupando el lugar de la sexualidad genital adulta.

El mejor ejemplo de esto es el orgullo que ciertos neuróticos obsesivos ponen en su potencia. Aplacando su temor de diversos modos, estos

pacientes pueden ser capaces de llevar a cabo el acto sexual y disfrutar en él de un placer funcional narcisístico. Pueden incluso sentir algún placer sexual, pero nunca el relajamiento completo de un orgasmo cabal. El comportamiento sexual aparente de estas personas se halla aislado de sus exigencias emotivas sexuales por una capa de ansiedad intercalada. Su comportamiento sexual es inauténtico y rígido (1600). Groddeck, que tenía predilección por las paradojas, dijo cierta vez, para glorificar el amor: "Una mirada, el roce de una mano, pueden constituir el punto culminante de una vida. No es verdad que el coito represente la culminación de la vida erótica. En realidad, eso aburre a la gente". Esta forma de valorar sólo es válida, por cierto, para personas que padecen de un grave desarreglo sexual. Pero si, a pesar de eso, estas personas se avienen al coito, lo hacen impelidas, sin ninguna duda, por otros apremios que los de orden genital.

Las fantasías sexuales de cierta paciente tenían por función esencial negar ciertas experiencias sexuales de su temprana infancia, y en consecuencia servían, primariamente, como defensa. Se encontró que en la historia de su masturbación había una solución de continuidad. A continuación de una experiencia que movilizó nuevamente la angustia vinculada a una antigua escena primaria, cesó de masturbarse. Después de varios años reanudó la masturbación con gran intensidad, en forma de una especie de actividad compulsiva de un carácter completamente nuevo. El análisis demostró que la nueva masturbación había sido una medida de defensa. Quería dominar su ansiedad convenciéndose a sí misma: "No tengo miedo a mi propio cuerpo, ya que me proporciona placer".

La pseudo sexualidad es usada, por regla general, para combatir sentimientos de inferioridad o la angustia de castración, para lograr satisfacciones narcisísticas y la descarga de pulsiones agresivas y pregenitales ocultas. Los éxitos sexuales pueden implicar una variedad de significaciones inconscientes. Para cierto paciente el éxito tenía un explícito significado anal. Sus amigas representaban para él proezas concretas en el mismo sentido en que lo habían sido las heces cuando era niño. Con más frecuencia sucede que el éxito tiene un significado erótico-uretral, y la ambición es un rasgo caracterológico crótico-uretral. Con más frecuencia todavía, la necesidad de éxito sexual tiene su raíz, tanto en un sexo como en el otro, en el complejo de castración. "Tengo que castrar para evitar ser castrado". Algunas veces las experiencias sexuales son necesarias como prueba de que "también a otra gente le gustan estas cosas malas" (véase págs. 555 y sig., sobre compartir la culpa, págs. 313 y sigs., sobre hipersexualidad, y pág. 430, sobre adictos al amor).

Algunos hombres pseudosexuales parecen, a primera vista, muy normales, incluso altruistas, ya que se interesan especialmente en satisfacer a sus partenaires sexuales, pero dejan de tener toda consideración de esta índole una vez que han logrado su propia satisfacción sexual. En realidad no estuvieron nunca interesados en la felicidad de la compañera, sino en demostrar su capacidad de satisfacerla. Una vez que se han dado cuenta de que poseen esta capacidad, ya no les interesa esa mujer. Bien al contrario, comienzan a preguntarse si tendrán el mismo éxito con la próxima. Esto puede estar condensado con una identificación inconsciente con la mujer.

Identificaciones que sirven de reaseguramiento contra diversos temores se disfrazan frecuentemente de "amor". Los hombres "femeninos" cuyas tendencias fállicas fueron reprimidas a causa de su temprana relación con el padre, pueden crear, por temor a la homosexualidad, una conducta pseudosexual con las mujeres, caracterizada

por tendencias pregenitales y de identificación. Personas de uno y otro sexo pueden usar a sus partenaires sexuales en la misma forma en que usaron a la madre durante la infancia, cuando la obligaban, cada vez que sentían miedo, a sentarse junto a su cama.

La diferencia entre la sexualidad reactiva y la auténtica es a menudo impresionante. La sexualidad reactiva tiene las mismas características que todas las formaciones reactivas: es "espasmódica", de finalidad inhibida, revela la ansiedad subyacente a los actos sintomáticos y consume una gran energía. A menudo, sin embargo, los rasgos reactivos son menos manifiestos.

Se ha reprochado a Freud el explicar todas las manifestaciones neuróticas como sexuales. Los que esto hacen destacan el hecho de que los actos sexuales pueden ser emprendidos teniendo en vista una finalidad de poder o de prestigio. Esto es exacto por cierto, y sería un error de parte del analista el no darse cuenta del carácter inauténtico de la conducta pseudo-sexual. Pero las necesidades narcisísticas de los pacientes que buscan el poder y el prestigio no representan sus "instintos verdaderos", innatos, por contraste con la sexualidad. Estas necesidades tienen que ser analizadas más bien en términos de las vicisitudes de conflictos instintivos tempranos.

A continuación exponemos un ejemplo de génesis de un carácter basado en una conducta pseudosexual. Una paciente sufría de una serie de graves dificultades neuróticas de carácter ciclotímico. Sus síntomas revelaban que no había logrado resolver sus conflictos sádico-orales. En oposición a las graves preocupaciones de otro orden, no se sentía de ningún modo perturbada en cuanto a su sexualidad. A su juicio, todo estaba en orden en este aspecto. Realizaba frecuentes coitos, con diferentes hombres, aparentemente sin ser frígida. Habitualmente hacía el papel de seductora. Se comportaba con estos hombres con una ternura maternal y amistosa. Suhrayaba tanto el carácter inofensivo de su conducta sexual, que no resultaba difícil percibir que ésta constituía una formación reactiva a tendencias agresivas. Esta formación reactiva se estructuró mediante una identificación con la madre, la cual, si bien fue frecuentemente severa y frustradora, había demostrado una gran dedicación y honradad durante una larga enfermedad que la paciente sufrió en su infancia. En consecuencia, la conducta sexual de la paciente podría parafrasearse de este modo: "No quiero hacer daño a los hombres; más bien quiero ser tan gentil con ellos como lo fue mi madre conmigo cuando estuve enferma". El análisis demostró que la paciente consideraba inconscientemente su enfermedad como un castigo a su conducta agresiva anterior. La bondad de la madre, que era tan diferente de su conducta habitual, representaba por eso el perdón. La niña se había defendido de sus temores de represalia, movilizados por la enfermedad, aferrándose a la madre, que la cuidaba ahora con tanta bondad. Más tarde se identificó con la madre bondadosa.

Cuando más tarde, durante su infancia, sufría una decepción proveniente de sus amigos mayores, o cuando se sentía herida en sus sentimientos, procuraba encontrar amigos menores que ella, a quienes pudiera proteger. De esta manera, su conducta tierna y bondadosa era una defensa contra la agresividad, y al mismo tiempo una defensa contra el temor de una represalia.

El análisis demostró, más adelante, que el carácter de la paciente correspondía a la estructura característica de la hipersexualidad femenina. Inconscientemente, su interés por los hombres sólo significaba interés por el pene. Su ternura se dirigía en realidad al pene, y éste era también el objeto original de la agre-

sividad subyacente. Lo que estaba rechazando con su amistoso y tierno comportamiento sexual eran conflictos que giraban alrededor de sus ideas sádico-orales de incorporación del pene. Los hombres con los cuales se conducía tiernamente eran seleccionados sobre la base de una elección narcisista de objeto, de modo que pudiera tratarlos tal como ella había querido ser tratada por la madre. Básicamente, era el pene de estos hombres con lo que se había identificado.

El análisis posterior reveló detalles de la historia de su agresión sádico-oral al pene. Esta actitud se había desarrollado originariamente en su relación con la madre. Una característica de la paciente era su singular interés por los cementerios y por todo lo que se relacionaba con este tema. Durante su adolescencia acostumbraba quedar sentada durante horas enteras, sumida en sueños diurnos, en los cementerios. Imaginaba que los muertos eran particularmente "pacíficos". Detrás de este carácter pacífico y tierno de su interés por los muertos se escondía, una vez más, un intenso interés sensual y agresivo hacia los mismos. La idea de estar sentada tranquilamente sobre una tumba, es decir, de estar apaciblemente unida a personas enterradas, representaba un intento exitoso de negar sus sensuales deseos de muerte dirigidos contra la madre, y los correspondientes temores de represalia, tal como luego negaba angustias análogas mediante su ternura de conducta con los hombres. El miedo a la muerte tenía su origen, una vez más, en la época de su enfermedad. La severidad anterior de la madre había precipitado la aparición de intensos deseos sádico-orales. Durante su enfermedad, la madre había sido bondadosa y había calmado en la niña el temor a la muerte. Éstas fueron las causas subyacentes de la ulterior utilización de la ternura y la sexualidad, de parte de la paciente, como un recurso para combatir la ansiedad.

La conducta sexual de esta paciente tenía la estructura de un síntoma neurótico. Era la expresión de una profunda excitación sádico-oral. Sólo que la expresión aparente de esta excitación, luego de interponerse la ansiedad, ya no fue más sádico-oral, sino pseudogenital. La conducta genital no correspondía a auténticos impulsos genitales, sino al empeño del yo en dominar las peligrosas tentaciones sádico-orales. La paciente creía amar a objetos a los que en realidad temía. No era sorprendente ver cómo, durante el análisis, la paciente se hizo temporalmente frígida (423).

Las perturbaciones en las relaciones sexuales de objeto se reflejan también en la conducta extrasexual. Las formas de contacto social, de fin inhibido, y las identificaciones, que ponen freno a las agresiones y constituyen, por lo tanto, la base de todas las relaciones sociales, pueden ser alcanzadas por la perturbación. Una vez más, una abrumadora necesidad de suministros externos y de "ser aceptado", puede hacer imposible toda adaptación verdadera a las condiciones sociales reales.

Del mismo modo que la sexualidad, también la agresividad puede presentar la característica estratificación en tres capas: agresividad reactiva, ansiedad, agresividad primitiva. El caso de las personas que atormentan a los demás con su excesiva bondad, no es exclusivo. Hay personas pasivamente complacientes, cuya oculta agresividad tiene que ser desenmascarada por el análisis, así como verdaderos temerarios, que no hacen más que sobrecompensar sus inhibiciones para la agresividad (435, 1263). Las "neurosis de trabajo" tienen por base, a veces, conflictos acerca de la agresividad, precisamente de esta índole.

Del mismo modo que la sexualidad reactiva difiere de la auténtica, la agresividad reactiva es diferente de la agresividad auténtica. Un paciente, aparentemente inclinado a la sumisión y ansioso siempre de complacer a las personas de su contorno, reveló la siguiente historia de su infancia. Después de un período inicial de excesiva complacencia de carácter oral, fue expuesto repentinamente a una frustración. Respondió con intensos ataques de rabia. Hubo también un período de evidente e intenso sadismo, durante el cual se complacía muchísimo torturando animales. El carácter que erigió luego fue una formación reactiva a esta agresividad. Pero el sadismo apareció nuevamente, bajo la forma desfigurada de una "tercera capa". A pesar de su carácter sumiso, era despótico, dispuesto siempre a criticar a los demás y, si bien de manera indirecta, siempre agresivo.

ANGUSTIA SOCIAL

Al ocuparnos de las actitudes patológicas frente al superyó habíamos dejado, para ser tratado más adelante, el tema de la "angustia social". El constante temor de ser criticado, excluido, castigado, es muy afín al fenómeno de la *vergüenza* (véase págs. 164 y sig.). Se halla situado a mitad de camino entre el temor del niño a la castración o a la pérdida de amor y la mala conciencia del adulto. El contenido primitivo de las angustias infantiles ya no es manifiesto, pero el peligro no ha sido internalizado.

El hecho de tomar en cuenta las reacciones del ambiente a los propios actos desempeña un importante papel en todas las relaciones humanas. Y la existencia del individuo depende, efectivamente, de cien modos diferentes, del hecho de tomar en consideración las reacciones de los demás. A esto puede darse el nombre de componente racional del miedo social, y su motivo es realmente fundado. Puede decirse incluso que un juicio objetivo de las probables reacciones del ambiente debe reemplazar, en toda persona normal, las rígidas y automáticas reacciones del superyó, características del período de latencia y la adolescencia. El desarrollo completo del principio de realidad incluye una reproyección, en grado razonable, de partes del superyó sobre el mundo externo.

Este componente racional del temor social, decididamente no es patológico. Lo es más bien una falta del mismo, es decir, la incapacidad de prever posibles reacciones ("falta de tacto"), que indica una perturbación del sentido de la realidad.

Pero es patológico el caso de una angustia social que excede en importancia a todas las demás relaciones de objeto, o cuando las críticas y castigos esperados son juzgados de una manera objetivamente errónea. Una angustia social de esta índole representa o bien una parte del miedo que el niño tiene a sus padres, que la persona no llegó a internalizar nunca del todo, o una reproyección del superyó sobre el medio ambiente.

La primera variedad de angustia social exagerada debe ser considerada como corolario de una intensificación de la ambivalencia. El que a todos odia, a todos tendrá que temer. Los neuróticos obsesivos son, a me-

nudo, particularmente corteses, acomodaticios y considerados. Esto es expresión de formaciones reactivas destinadas a coartar las tendencias agresivas. Puede ser, al mismo tiempo, un intento de restablecer la autoestima, que ha sido perdida o puesta en peligro por un sentimiento de culpa, mediante un llamamiento al juicio o a la clemencia de los demás (véase págs. 333 y sig.). Todo aquel que necesita la opinión de los demás para mantener el propio equilibrio mental, tiene buenos motivos para temer esa opinión, especialmente si siente que en realidad odia a la persona cuya opinión está a punto de resultar decisiva para él. Estas personas tienen necesidad de conservarse en buenos términos con los que les rodean, pero esto resulta extremadamente difícil a causa, precisamente, de su ambivalencia. Una variedad impersonal de este tipo de angustia es el caso del artista que teme el fracaso, o el miedo al tablado que siente el actor que necesita el aplauso para apaciguar su sentimiento de culpa. Los conflictos instintivos originarios entre el paciente y la persona cuya introyección ha dado origen al superyó se reflejan nuevamente en los conflictos entre el paciente y las personas cuyo juicio éste teme. Secundariamente, las ideas de perdonar y castigar pueden ser sexualizadas.

Una angustia social similar a ésta, aún más acentuada, es la que padecen las personas con fijaciones orales, cuya autoestima todavía depende del logro de suministros externos. Su angustia social representa el temor de perder este vital suministro. Estas personas no sólo sienten el anhelo de ser amadas, sino que no pueden soportar una situación de no ser amadas. Se sienten inquietas cuando perciben que una persona que les es totalmente indiferente les muestra una indiferencia igual. Es tan grande su miedo de perder el afecto de los demás, que temen incluso la pérdida de un afecto que no poseyeron nunca.

Algunas personas son bastante evolucionadas como para no depender ya exclusivamente, para la regulación de su autoestima, del afecto externo, sino del cumplimiento de ciertas exigencias ideales. Pero en vez de decidir ellos acerca de si un ideal ha sido realizado, dejan esta decisión a cargo de otras personas de su contorno. Son personas que no necesitan "afecto", sino "confirmación". Existen estados de transición hacia las ideas paranoides de relación: son aquellas personas que se sienten criticadas por los demás todas las veces que, en realidad, están descontentas de sí mismas.

Un paciente de este tipo, que era impotente, se acurrucaba detrás de otro espectador, cuando iba al cine, y hundía la cara en el cuello de la chaqueta. No quería que la gente lo viera sin la compañía de una mujer, por temor de que se enteraran de su impotencia y se rieran de él.

El hecho de que en la angustia social sea predominante el temor a la pérdida de amor no debe inducir a la conclusión de que la angustia de castración no tenga su parte en la misma. A menudo, en efecto, es evidente su presencia entre las causas de la angustia social. Muchos pacientes se hallan dominados por una constante preocupación por mantener la estima del médico, el dentista, el barbero o el sastre (170, 498).

Estas "imágenes paternas" no son, empero, solamente castradoras. Son también objetos homosexuales. El temor que se siente en relación con ellos puede ser el temor al desco homosexual sentido hacia el padre.

A menudo, la angustia social obliga a una enérgica coerción de todas las pulsiones agresivas y el desarrollo de una actitud de sumisión, a objeto de mantener bien dispuesto el ambiente. Por otra parte, los pacientes con fijaciones pregenitales reaccionan a la frustración con una violenta agresión. Repetidamente hemos señalado que son característicos en estas personas los conflictos entre sumisión y agresividad.

Los pacientes de este tipo a menudo ignoran deliberadamente, o bien interpretan falsamente, las observaciones o la conducta de los demás, que, de ser bien interpretadas, les obligarían a una actitud de oposición. No quieren destruir la "cordialidad" de ninguna relación. Toda discordancia les resulta insostenible, especialmente si sobreviene una separación antes de ser superado el desacuerdo.

A menudo es buscada la anhelada armonía mediante la renuncia a ciertos terrenos de actividad en favor del objeto y volviéndose "altruistas" (541). En la angustia social, el terreno cedido afecta a menudo a la esfera de estimación de la conducta. Los pacientes no se atreven a decidir qué es lo que ha de ser aceptado o repudiado. Sólo desean descubrir lo que los otros desean que hagan, y proceder en consecuencia.

La angustia social no siempre se explica por una incompleta internalización o una re-proyección del superyó. Puede deberse también a una forma patológica del superyó. Con mucha razón ha distinguido Hoffmann entre el superyó normal, autónomo, y el superyó "heterónimo", el cual exige del yo que actúe no de una manera "buena" sino de acuerdo con lo que de él se espera (803). Esta anomalía surge allí donde la conducta de los padres ha sido de tal modo inconsecuente que le hace imposible al hijo prever qué conducta, de su parte, tendría las mayores probabilidades de asegurar la continuidad de su afecto. A causa de ello, el hijo, renunciando a todo intento de distinguir entre bueno y malo, adopta una actitud adecuada a las exigencias de cada momento. El superyó heterónimo es el resultado extremo de una educación inconsecuente. El relativo predominio numérico de los trastornos del carácter en relación con las neurosis sintomáticas, en los tiempos recientes, se debe a esta misma falta de decisión de padres y educadores.

Un cuadro neurótico sintomático en que predomina la angustia social es la eritrofobia. Ya hemos dicho que en los casos de eritrofobia, miedo al tablero o miedo a los exámenes, la idea de ser juzgado por los demás reemplaza a la idea de contacto sexual con los demás (96, 105, 118, 158, 405, 522, 585, 1085, 1256, 1481, 1568) (véase pág. 233). En los casos de eritrofobia acentuada se entremezclan componentes paranoides. En efecto, todos los casos graves de angustia social presentan algunas tendencias paranoides. La única diferencia reside en que lo que siente el paciente con angustia social es "la gente podría estar contra mí", mientras que el para-

noide siente "la gente está contra mí". En las ideas de relación, esta proyección del superyó era debida a una sexualización de la relación entre el yo y el superyó, o en otras palabras, luego de la regresión al narcisismo, el proceso de reparación intentado sólo pudo alcanzar la "esfera del superyó". La proyección del superyó aparece entonces como una búsqueda de objetos que habían sido perdidos (véase págs. 482 y sigs.). Hallamos mecanismos similares en las personalidades esquizoides. Hay un tipo de angustia social que sólo puede explicarse como un temor a la pérdida de objetos.

En relación con todo esto, hay un instinto peculiar de importancia fundamental: es el exhibicionismo. El fin exhibicionista es considerado como un recurso mágico para obligar al espectador a hacer lo que se desea de él que haga: ya sea exhibirse a su vez o conceder un afecto reasegurador. Ciertas experiencias pueden transmutar este fin en miedo (véase págs. 390 y sigs.).

El deseo obsesivo de hallar un contrapeso a los sentimientos de culpa, la necesidad narcisística de una fuente externa de suministros, el deseo de rehuir la pérdida de objetos, la sexualización regresiva de los sentimientos sociales y los conflictos que giran alrededor del exhibicionismo, no se excluyen mutuamente sino que en realidad se complementan entre sí. En la mayor parte de los casos, la angustia social representa una combinación de estos mecanismos. Entre los caracteres obsesivos, aquellos que tienen una intensa necesidad narcisística, originada en el período oral, tratarán más tarde de solucionar los conflictos con el superyó mediante un llamado al ambiente antes que mediante la autoimposición de expiaciones, y esta tendencia será más poderosa, una vez más, si por las características de la fase más temprana de su evolución el paciente se vio obligado a tomar las relaciones consistentes en ser observado y criticado como sustitutos de la relación sexual (689, 940, 1389).

Toda relación de objeto puede ser analizada desde el punto de vista de la participación relativa de los factores de ingestión, eliminación y retención. Alexander describió algunos análisis de esta índole, bajo la denominación de "análisis vectorial" de las pulsiones objetales (44, 45). Al ocuparnos de las organoneurosis tuvimos ocasión de destacar su utilidad para la comprensión de los órganos afectados (véase pág. 283). El análisis vectorial parece tener menos aplicación en otros aspectos. En realidad, las dificultades en las relaciones de objeto no consisten en conflictos entre estos tres tipos básicos de actitudes, sino en conflictos entre cada uno de ellos y los temores o sentimientos de culpa que se le oponen. Además, ciertos mecanismos de distorsión hacen imposible afirmar, en forma categórica, si los fenómenos mentales expresan un porcentaje mayor de actitudes de "ingestión" o de "eliminación". Pulsiones de fines contrarios entre sí pueden darse una junto a la otra, e incluso hallar derivados comunes. El mecanismo de distorsión de "representación por lo opuesto" permite a una actitud mental latente manifestarse disfrazada bajo el aspecto de la actitud opuesta (552).

INTERRELACIONES PATOLÓGICAS DE LAS CONEXIONES DE DEPENDENCIA DEL YO

Nos hemos ocupado de las anomalías que surgen de la relación del yo con el ello, el superyó y el medio ambiente. Falta considerar todavía el cuarto tipo de anomalías, es decir, los trastornos que derivan de la forma de coordinación de los impulsos provenientes de las tres fuentes. Pero la forma en que el yo condensa sus diferentes tareas de acuerdo con el principio de la función múltiple, depende de la naturaleza de las tareas. Las perturbaciones en las relaciones con las tres instancias de que depende el yo, son también causa de perturbaciones en la aplicación del principio de la de función múltiple (1551). Una vez más, sólo un criterio dinámico, y no estático, podrá ayudarnos en la solución de este problema. En las actitudes caracterológicas, los conflictos entre los impulsos y los temores pueden hallarse relativamente congelados, pero la vida es un proceso siempre cambiante: los impulsos rechazados pueden invadir, y en realidad invaden, las actitudes de rechazo, y la lucha tiene que ser continuada en otro plano. Un fenómeno dado no es nunca simplemente un impulso instintivo o una defensa contra el mismo, ya que comprende también derivados de uno y otro. El yo en actitud de defensa utiliza fuerzas "amansadas" del ello, y los instintos pueden servir para coartar otros instintos. La sobrecompensación de un impulso mediante un impulso opuesto demuestra esto con la mayor claridad.

En la práctica psicoanalítica el carácter relativo de los conceptos de "instinto" y "defensa" puede verse mejor que nunca en ocasión de aplicar la regla técnica que dice "la interpretación comienza por el lado de la defensa" a lo que podría llamarse la "interpretación invertida de la transferencia" y la "interpretación sexual invertida" (438). Un analista, al dar una interpretación transferencial, se expresa someramente de este modo: "Sus sentimientos no se dirigen hacia mí, sino hacia su padre". Pero hay muchos pacientes que saben del fenómeno de la transferencia y se defienden de las excitaciones emocionales que van surgiendo, alegando su carácter transferencial. En estos casos se hace necesaria la "interpretación invertida de la transferencia": "En este momento su excitación no tiene que ver con su padre, sino conmigo". Hasta que el paciente no esté convencido de esto, el origen de dicha emoción no podrá ser discutido. La "interpretación sexual" dice esquemáticamente: "Este acto, que no es sexual, tiene en realidad un significado sexual". En el caso de la pseudosexualidad, hay que dar primero la "interpretación sexual invertida": "Este acto sexual no es auténtico; es una defensa, una expresión de su temor a los instintos".

Las actitudes defensivas que, convertidas en derivados, expresan al mismo tiempo exigencias instintivas, fueron comparadas por Freud al caso de los "mestizos humanos" (590). En cierto sentido, toda defensa es solamente una defensa "relativa". Es defensa en relación con una capa psíquica, pero al mismo tiempo, con relación a otra capa, es aquello que fue rechazado.

La armonización de las diversas tareas del yo es lograda sobre la base

de un afinado equilibrio interno, en forma tal que el yo no es arrollado por las emociones ni tiene que rechazarlas ansiosamente. Los impulsos rechazados, con su tendencia a crear derivados, obstaculizan la función de prueba y juicio objetivos de realidad, impiden el pensamiento diferenciado y bloquean la capacidad del yo de organizar sus experiencias (527, 528, 534, 536). Laforgue ha hablado de la "relatividad de la realidad" (1004). No hay dos individuos para quienes la realidad sea exactamente la misma, pero si se trata de caracteres no perturbados, la realidad de uno y otro será más semejante que si se trata de caracteres neuróticos.

De este modo, una vez más, los caracteres dominados por formaciones reactivas y orientados en forma pregenital, son los menos capaces de armonizar las diferentes exigencias. También para esto el logro de la primacia genital ofrece la mayor seguridad (25, 1272).

ETIOLOGIA DIFERENCIAL DE LOS DIVERSOS CARACTERES Y TIPOS DE DEFENSA

Los factores constitucionales no son accesibles al enfoque psicoanalítico. De ahí que el problema sea determinar hasta qué punto una estructura caracterológica dada, o una preferencia por determinado mecanismo de defensa, puede ser comprendida *históricamente* como resultado de conflictos instintivos específicos del individuo.

Los caracteres neuróticos, en lugar de reaccionar a sus experiencias en forma adecuada, responden de una manera más o menos rígida, con iguales patrones de reacción. No solamente se hallan fijados a las exigencias instintivas correspondientes a determinadas etapas del desarrollo, sino también a ciertos mecanismos de defensa. Incluso las personas normales, que son flexibles y capaces de reaccionar adecuadamente, presentan "hábitos" en este aspecto. Carácter, por definición, quiere decir predominio de cierta constancia en las maneras que escoge el yo para la solución de sus tareas. El problema de la fijación de ciertos mecanismos de defensa no es más que un caso especial de un problema más amplio que se refiere a la constancia relativa de los rasgos caracterológicos en general (369, 683). Pero constituye, por cierto, el caso especial más estudiado en sus detalles (100, 429, 541).

La fijación en ciertos mecanismos de defensa y actitudes caracterológicas depende:

1. De la naturaleza de los impulsos instintivos que deben ser rechazados primordialmente. Donde mejor se ve esto es en los casos del "carácter anal", el "carácter oral", y el "carácter uretral".

2. De la época en que fue planteado el conflicto decisivo. Cuanto más precozmente se haya producido el conflicto, más intensas serán las perturbaciones ulteriores. Si se lesiona un huevo de rana en su etapa bicelular, el resultado será más desastroso que si se produce igual lesión a un renacuajo. De manera análoga, las perturbaciones en el período oral

son más desastrosas que las del período genital. En determinada edad ciertos mecanismos de defensa y ciertas actitudes se hallan, por diversas razones, más en primer plano que otras. Por ejemplo, la introyección y la proyección corresponden a una edad muy temprana. La simple regresión es más arcaica que la represión. Las formaciones reactivas requieren una actividad mayor de parte del yo. La etapa específica de desarrollo de los instintos afectados es igualmente importante. Si la prohibición afecta a un impulso instintivo naciente, el desarrollo del instinto en cuestión podrá ser bloqueado totalmente, imposibilitando no solamente las subsiguientes satisfacciones del mismo, sino también su sublimación, con lo que se habrán perjudicado las posibilidades de desarrollo de la personalidad. Si, en cambio, la frustración se produce cuando el instinto ya se ha desarrollado, las consecuencias son diferentes. El instinto ya no puede ser realmente bloqueado, pero sí puede ser excluido del resto de la personalidad. Esto origina los tipos de defensa que requieren un constante gasto de energía en forma de contracatexis.

3. Del contenido y la intensidad de las frustraciones y del carácter de los factores que las producen. La personalidad del progenitor frustrador es importante no sólo porque su actitud, así como su relación anterior con el niño, determina la forma en que éste experimenta la frustración, sino también porque una frustración provoca, por regla general, una reacción ambivalente hacia la persona frustradora, que puede terminar en una identificación con la misma. El niño se hace entonces o bien semejante o marcadamente diferente de la persona frustradora, ya sea en conjunto o en un aspecto de esta persona.

4. De si, en el momento de la frustración, había otras gratificaciones sustitutivas disponibles. Los caminos abiertos hacia la sustitución, o sugeridos a ese efecto por el ambiente, determinan la evolución ulterior del caso.

5. En la mayor parte de los casos, sin embargo, el análisis consigue demostrar que una actitud defensiva especial ha sido directamente impuesta al individuo por una situación histórica particular. O bien porque fue la actitud más apropiada para una situación dada, y el individuo reaccionará luego a todas las otras como si se tratara siempre de la situación patógena, o todas las otras actitudes posibles se hallaban bloqueadas en una situación dada, o la actitud en cuestión resultó más fácil por causa de algún modelo existente en el contorno del niño, con el que éste se identificó, o bien es exactamente opuesta a la de un modelo al cual el niño no quiso parecerse. La causa de una conducta desusada puede encontrarse, a menudo, en circunstancias desusadas que reinaron en el respectivo ambiente infantil. Y los psicoanálisis de trastornos del carácter ponen al alcance del estudioso, en efecto, una bonita selección de "ambientes infantiles desusados"...

En el análisis hace su aparición el fenómeno de la "transferencia de defensa". Es decir, que no sólo las exigencias instintivas rechazadas pertenecientes al pasado, sino también las actitudes de defensa, se repiten en las relaciones del presente inmediato. La transferencia de defensa

depende de dos circunstancias: 1) de la tendencia a reaccionar en términos de la experiencia previa, conservando todo el tiempo posible un recurso que ha probado ser eficaz, y aplicándolo, si el peligro se repite, aun cuando se hayan producido cambios, en el ínterin, que lo hagan inapropiado al presente; 2) de otro factor, de mayor peso, que es el deseo, de parte del individuo, de transferir sus impulsos instintivos. Se empeña así, una y otra vez, en lograr la satisfacción, y una y otra vez el yo contesta a este empeño con el recuerdo de los hechos que en una época anterior fueron causa de ansiedad. Puede decirse también, en este sentido, que la repetición, sumamente penosa, de la "resolución del complejo de Edipo" (612) en la transferencia analítica, no se produce "más allá del principio de placer" (605). El individuo se esfuerza por lograr el placer de gratificación de sus impulsos edípicos. Pero el recuerdo de que el ambiente ha prohibido esta gratificación mediante la amenaza, es reactivado, y esto obliga a una repetición de la defensa.

T I P O L O G I A

La descripción de los tipos patológicos de carácter se presta bastante a confusión. Los diferentes criterios utilizados para la clasificación se superponen entre sí y esto obliga a frecuentes repeticiones. Sería ventajoso que la caracterología psicoanalítica nos ofreciera una clasificación dinámica (730), pero ninguno de los intentos hechos hasta hoy parece haber tenido éxito. El decidirse por uno de los aspectos como criterio para la división, obliga necesariamente a descuidar los demás aspectos.

El más importante de estos intentos fue realizado por el mismo Freud (625). Luego de subdividir el aparato psíquico en ello, yo y superyó, se preguntó si no sería posible distinguir tipos caracterológicos caracterizados por el predominio de cada una de estas tres instancias. Habría así tipos "eróticos", cuya vida estaría gobernada por las exigencias instintivas de su ello, tipos "narcisistas", que se sienten dominados de tal modo por su sentimiento del yo que ni las demás personas ni las exigencias de su ello o su superyó pueden conmoverlos, y tipos "compulsivos", cuya vida entera estaría regulada por un superyó severo, que domina su personalidad. Freud describió también tipos "mixtos", en los cuales una combinación de dos fuerzas excedería a la tercera.

El único de estos tipos cuya descripción parecería realmente satisfactoria es el carácter compulsivo. En cuanto al tipo erótico es necesario manifestar que una persona dominada por las exigencias de su ello puede producir una impresión muy diferente según sea el carácter de las exigencias del ello que predominan en el caso y según que esas exigencias sean o no factibles de satisfacer. Lo que Freud describió como tipo erótico más bien parece dar la impresión de una persona cuyas exigencias instintivas no son factibles de gratificación, que de una persona de instintos auténticamente muy poderosos. Una persona pseudohipersexual no es una persona

"dominada por su poderoso ello", sino por las consecuencias de sus defensas contra el ello. Aparte de esto, Freud destacó hasta tal punto la dependencia del tipo erótico respecto de su objeto, que en realidad describió así aquellos tipos de personas a quienes nosotros hemos llamado personas con acentuadas necesidades narcisísticas. Parecen ser más características, para el tipo erótico de Freud, una incapacidad neurótica de satisfacción y una regulación arcaica de la autoestima (una intensa "necesidad narcisística") que el hecho de recaer sobre el ello el mayor peso de la personalidad. Freud describió, como tipos narcisistas, aquellos que han conservado, en mayor o menor grado, su narcisismo y su omnipotencia primarios. Tampoco aquí tiene Freud in mente aquellas personas que son regidas por un yo cuya fuerza consistiría en su calidad de razonable y en una conducta adecuada basada en la primacía genital, sino aquellos tipos patológicos que han logrado mantenerse subjetivamente independientes del mundo externo solamente a fuerza de despreocuparse de él.

Aparte de la cuestión de si los tipos que Freud describe como "eróticos" o como "narcisistas" corresponden o no a personas con un ello o un yo particularmente pronunciados, hay una objeción más importante que hacer a la tipología propuesta por él: el psicoanálisis es esencialmente una disciplina *dinámica*, que valúa los fenómenos como resultantes de conflictos. El psicoanálisis no consideró nunca las características en términos de la intensidad absoluta de las fuerzas actuantes, sino de acuerdo con las relaciones funcionales de estas fuerzas entre sí. Una división en categorías de "personas del ello", "personas del yo" y "personas del superyó" no responde a un concepto dinámico. Lo característico en términos de tipos dinámicos sería, no el ello, el yo o el superyó, sino las diversas interrelaciones entre el ello, el yo y el superyó. Es por esto que la tipología de Freud ha sido poco usada en los intentos de comprensión de las perturbaciones neuróticas del carácter (400).

Objeciones de la misma índole pueden hacerse a la sugestión, perteneciente a Alexander, de dividir a la gente en personas que "ingieren", personas que eliminan y personas que retienen (44, 45). No se trata, de ningún modo, de un predominio necesario de una de estas tres actitudes. Lo decisivo no es la existencia o la fuerza de estas actitudes, sino la relación entre las tres actitudes en conjunto y las angustias y sentimientos de culpa; así, por ejemplo, si los diversos fines, opuestos entre sí, dan lugar o no a conflictos (y a qué clase de conflictos), y esto depende de la evolución y el carácter de las fuerzas defensivas. Frecuentemente los cambios económicos pueden transformar repentinamente a una persona de "ingestión" en una de "eliminación", y viceversa.

La clasificación de Alexander tiene algunos puntos en común con la clasificación de Jung, en extravertidos e introvertidos (908). Nuevamente surge la objeción de que esta distinción no es de tipo dinámico. Las mismas personas pueden ser extravertidas en determinadas circunstancias e introvertidas en otras. Sin embargo, los conceptos de extraversión e introversión describen, en forma muy adecuada, dos tipos opuestos de conducta

defensiva. Ciertas personas, cuando se sienten asustadas de sus propios impulsos, "huyen hacia la realidad" (1416). Se convierten en hiperactivos, en un intento de convencerse de que la realidad no encierra aquellas cosas terribles que temieron en su fantasía. Otras, por temor a sus impulsos, se retraen y se hacen hipoactivas. Tienen la sensación de que, mientras se limiten a sus sueños diurnos, pueden estar seguros de que sus terribles ideas no habrán de acarrear ningún daño real. La persona normal es capaz de enfrentar y juzgar sus impulsos. El extravertido se rinde a los impulsos antes de tener tiempo de enfrentarlos y juzgarlos. El introvertido se protege eludiendo el contacto con la realidad.

Tampoco ofrece muchos atractivos para el analista la tentativa de Kretschmer de correlacionar los tipos de carácter con los tipos de estructura corporal, y de distinguir las personalidades esquizoides de las cicloides, como dos tipos fundamentales (980). Aunque algunas veces resulta impresionante la diferencia que se observa entre un comportamiento esquizoide y otro cicloide, lo que ambos tipos tienen de común parece ser de mayor importancia aún: la tendencia a la pérdida de objetos y a la regresión narcisística. Los trastornos esquizofrénicos y ciclotímicos se hallan vinculados entre sí por los rasgos fundamentales que los distinguen de las neurosis y de la normalidad. Ambos tipos de carácter deben ser contrapuestos, más bien, en su calidad de narcisistas, a los tipos objetal-libidinosos más normales.

Esta crítica sería más fecunda, por supuesto, si pudiera ser seguida de sugerencias más apropiadas, pero desgraciadamente no podemos ofrecer nada por el estilo. La distinción entre rasgos caracterológicos individuales de tipo sublimado y de tipo reactivo no tiene gran valor para justipreciar los tipos de personalidad, ya que toda persona presenta rasgos de uno y otro género. Así y todo, el enfoque relativamente más proyechoso parece ser el que consiste en distinguir las personalidades de predominio de rasgos de tipo sublimado de aquellas otras en que predominan los rasgos de tipo reactivo. Se había convertido en costumbre el distinguir entre caracteres genitales y pregenitales. Sin embargo, si bien los rasgos correspondientes al carácter anal o al carácter oral comprenden a la vez sublimaciones y formaciones reactivas, los rasgos pregenitales sólo adquieren el predominio en aquellos casos en que las contracatexis están ejerciendo su coacción sobre impulsos pregenitales todavía operantes. En otras palabras, los caracteres pregenitales son también, por regla general, caracteres reactivos, en tanto que el logro de la primacía genital constituye la mejor base para la sublimación eficaz de las energías pregenitales remanentes.

En cuanto a los caracteres reactivos, lo más ventajoso será subdividirlos, a su vez, en forma análoga a las neurosis, por la simple razón de que en la formación de los rasgos de carácter intervienen mecanismos similares a los diversos tipos de formación de síntomas.

CARACTERES FOBICOS E HISTERICOS

La denominación de "caracteres fóbicos" sería correcta para aquellas personas cuya conducta reactiva se limita a evitar las situaciones originariamente deseadas. Sin embargo, donde se trata de evitar los espacios abiertos y los lugares elevados, hablamos de fobia y no de carácter fóbico. El caso cambia si no se trata de evitar situaciones externas, sino la seriedad, la ira, el amor o bien toda clase de sentimientos intensos. Nos hemos ocupado de tipos de esta índole en los capítulos dedicados a las inhibiciones y a la histeria de angustia (véase págs. 208 y sigs. 243 y sigs.).

El concepto de "carácter histérico" es menos inequívoco (1601). Teniendo en cuenta los mecanismos de la histeria, cabe esperar encontrarse con rasgos que corresponden a conflictos entre un intenso temor a la sexualidad, por un lado, y las pulsiones sexuales intensas pero reprimidas, por otro lado, y además a conflictos entre un repudio de la realidad actual ("introversión") y una tendencia a reencontrar los objetos infantiles en el ambiente real. Se ha descrito a los caracteres histéricos como personas inclinadas a sexualizar todas las relaciones no sexuales, y propensas a la sugestibilidad, a arranques emotivos irracionales y a una conducta caótica, a la dramatización y la conducta histriónica, e incluso a la mendacidad y a lo que constituye la forma más extrema de esta última, la "pseudología fantástica".

La sexualización participa del carácter de la pseudo hipersexualidad (véase págs. 279 y sigs.). A causa de la represión de las pulsiones sexuales, la energía de éstas se desplaza e inunda todas las relaciones. La sugestibilidad, tal como se ha demostrado en la relación entre hipnosis y sexualidad infantil (449, 454, 606, 1378), es una expresión de la disposición, de parte del paciente, a la reactivación de tipos infantiles de relación objeto. Las reacciones emotivas irracionales son análogas a los ataques histéricos. En ocasión de toda experiencia vinculada en forma asociativa y apropiada, en consecuencia, para servir de derivado, estas reacciones tienen la función de repentinos desahogos de las energías bloqueadas por la represión. La conducta caótica se debe habitualmente a una traumatofilia, es decir, representa un esfuerzo tendiente a liberarse de las impresiones traumáticas mediante su repetición activa, pudiendo existir simultáneamente un temor a estas mismas repeticiones, a causa de su carácter doloroso.

No toda conducta "caótica", empero, tiene este carácter. Cierta persona caracterizada por un extremado desorden en materia de tiempo y dinero, así como en todo los aspectos de relación humana, y para quien la calificación de "conducta caótica" parecía, por cierto, muy apropiada, sufría en realidad —así lo demostró el análisis—, de una especie de "formación reactiva contra una neurosis obsesiva". A la edad de seis o siete años la paciente había padecido de una neurosis obsesiva de corta duración. Pero esta neurosis no había llenado su objetivo. El temor de violar las estrictas reglas de orden (establecidas por una institutriz severa), aun cuando se tratara de detalles sin importancia, era tan intenso como los primitivos temores —inspirados por

sus impulsos sexuales— que habían dado origen a su neurosis obsesiva. Las circunstancias externas (a saber, un modelo caótico) ofrecieron entonces a la paciente una salida: negó sus temores relacionados con el orden mediante el recurso de convertirse en extremadamente desordenada. Su conducta posterior puede describirse en realidad como una "compulsión a mostrar que no era una compulsiva". Cuando vino por primera vez al análisis, la paciente daba una impresión de histérica. Sólo en el curso del análisis se pudo ver con claridad el fondo compulsivo, cuando la enferma comprendió que todo intento de coartar su conducta caótica le producía ansiedad.

La cualidad histriónica depende de la introversión histérica. Es un volcarse de la realidad a la fantasía, y también, probablemente, un intento de dominar la ansiedad mediante una "representación" activa, de parte de la persona, de aquello que, de otra manera, podría sucederle en forma pasiva. Sin embargo, la "representación" histérica no es tan sólo una "introversión", sino que está dirigida a un auditorio. Es una tentativa de inducir a los demás a participar en sus fantasías probablemente para obtener cierto reaseguramiento contra la ansiedad y los sentimientos de culpa (o provocar un castigo por la misma razón) y lograr a la vez una satisfacción sexual mediante la participación de otra persona (446). Es un intento de volver de la introversión a la realidad, una especie de parodia del proceso subyacente a la creación artística (1332).

También de la mendacidad puede decirse, generalmente, que es un efecto de exacerbación de la fantasía. Sin embargo, el hecho de que en algunas fantasías hay una innegable simulación de la realidad, no sólo es demostración de un intento de volver al mundo de los objetos, sino que también obedece a un propósito de defensa.

La utilización del mecanismo defensivo infantil de la negación constituye la primera mentira. La "negación absoluta" pronto es reemplazada por la "negación en la fantasía" (541). Y el efecto de negación se intensifica cuando se puede hacer creer a otros (como "testigos") en la veracidad de la fantasía de negación.

El objetivo principal de las negaciones infantiles y, por consiguiente, de las mentiras patológicas subsiguientes, lo constituyen hechos pertenecientes al complejo de castración y que representan para el niño un daño narcisístico (1091).

Los niños tratan de facilitar la represión de un suceso mediante la acumulación de otras experiencias, asociativamente vinculadas a aquél, que ofician de pantalla (553). Pueden también crear experiencias encubridoras, mediante fantasías y juegos (409, 413, 1437). La manera en que esto facilita la represión puede expresarse del modo siguiente: "Así como *esto* no es más que fantasía, así tampoco es cierto *aquello* (el hecho realmente ocurrido)". Freud señaló el hecho de que los juegos y fantasías absurdos obedecen a menudo al propósito de ridiculizar a los mayores (552). "Ya que ustedes me mienten a su modo yo les mentaré a mi modo también". La conducta pseudológica bien puede ser una venganza por haber sido engañado en los asuntos sexuales (949). Existen, sin embargo, juegos y fantasías de tipo similar, que no tienen por objetivo el mundo externo,

sino que se proponen ridiculizar el recuerdo del individuo mismo. Las percepciones en las que no se quisiera creer son transformadas intencionalmente en improbables mediante una exageración absurda. A veces, de este modo, los juegos de una época posterior pueden tener por objetivo negar juegos sexuales anteriores, mediante su repetición, pero esta vez sin tener conciencia de su carácter sexual y con una especie de autoironía absurda y exagerada. La represión procurada mediante estos "juegos encubridores" es lograda más fácilmente si en la negación participan los mismos hermanos y hermanas que originariamente habían tomado parte en experiencias sexuales comunes. En un plano más profundo, las experiencias sexuales son, por supuesto, repetidas en el juego (1332). La pseudología constituye una etapa intermedia entre el recuerdo encubridor, en cuya realidad cree el sujeto, y la fantasía habitual, estrictamente distinguida de la realidad. No se requiere psicoanálisis para comprender que el hecho de relatar fantásticas experiencias sexuales, de parte de una mujer inhibida sexualmente, representa un compromiso entre un anhelo de seducir y una inhibición opuesta a este anhelo. Pero lo que puede agregar el psicoanálisis es que la mentira obedece a un propósito de negación. La fórmula para expresar esto sería: "Si es posible hacer que la gente crea en la realidad de cosas irreales, es posible también que ciertas cosas reales, cuyo sólo recuerdo es una amenaza, sean irreales".

Helene Deutsch ha demostrado que el contenido de las pseudologías consiste en historias encubridoras de algo que en realidad ha sucedido. Se pueden comparar a los mitos nacionales, que también contienen hechos históricos, pero falsificados por ciertos descos (320). Esto debe completarse diciendo que no se trata solamente de una irrupción de recuerdos reprimidos. El hecho de que esta irrupción se produzca de esta manera específica, es decir, en forma de una fantasía que es presentada como si fuera realidad, constituye un medio económico de asegurar aún más la represión (437).

El objeto a quien se cuenta la mentira tiene, una vez más, la función de una especie de testigo en el conflicto interno entre el recuerdo (o la conciencia de una excitación) y la tendencia a la negación o la represión (véase págs. 171 y sigs.).

En cierto caso, el hecho de mentir aparecía solamente en determinados períodos, los cuales, en el análisis, revelaron ser equivalentes maníacos.

Se echa de ver, a primera vista, que la mentira encubre una verdad. Helene Deutsch demostró, sin embargo, que delata la verdad. A esto todavía se ha añadido que la manera en que se delata esta verdad facilita el anclaje de la negación.

No todos los casos de mentira patológica tienen forzosamente esta estructura. También pueden expresar, de una manera menos específica, la lucha de una persona por mantener su autoestima (cfr. 198, 583, 1613, 1643).

CARACTERES COMPULSIVOS

El mecanismo de formación de los síntomas neuróticos obsesivos se refleja de diversos modos en el carácter. Ante todo, la mayor parte de las formaciones reactivas son de tipo característico. Ya nos hemos ocupado de los típicos intentos de superar el sadismo mediante la bondad y la cortesía y de ocultar el placer de la suciedad mediante una rigurosa limpieza (véase pág. 326 y sigs., y 526 y sigs.).

Tenemos, además, la ausencia de reacciones adecuadas del sentimiento a causa del aislamiento. El paciente puede ser enteramente "frío", o bien sus sentimientos se reducen a un limitado número de moldes rígidos, o bien sólo es capaz de expresar sentimientos si se dan ciertas condiciones que le sirven de reaseguramiento. La lucha por mantener tales condiciones de reaseguramiento caracteriza, a menudo, el carácter compulsivo. La conducta del paciente puede tender toda ella a demostrar la validez de ciertos sistemas de reaseguramiento. Esto puede combinarse con el ya descrito "afán neurótico de clasificación" (710).

Cierto paciente se sentía bien solamente mientras sabía cuál era el "papel" que le correspondía "representar". Cuando estaba trabajando pensaba "soy un trabajador", y esto le proporcionaba la seguridad que necesitaba. En su casa pensaba: "Ahora soy el marido que regresa de su trabajo al seno de su querida familia".

Esto puede automatizarse, transformándose en una especie de ritual yo-sintónico (por ejemplo, el trabajo reactivo de tipo robot), del que se da cuenta el paciente solamente cuando se interrumpe (por ejemplo, en los días festivos).

En los caracteres compulsivos, las relaciones de objeto se caracterizan por su naturaleza sádicoanal. Son ambivalentes y llenas de seguridades (a menudo inadecuadas) contra la agresividad. A menudo todas las relaciones de objeto se caracterizan por el concepto de "posesión" y "regalos". Los procesos de pensamiento sufren cambios obsesivos característicamente compulsivos (véase págs. 335 y sigs.). La regresión al nivel sádicoanal hace que el carácter compulsivo coincida, en gran medida, con el carácter anal anteriormente descrito (véase págs. 318 y sigs.). Debemos referirnos, por último, a la manera en que se reflejan, sobre el carácter, la lucha contra el superyó y la tendencia a la angustia social en algunas de sus variedades. Dentro del grupo de los trastornos del carácter, el carácter compulsivo es el más claramente definido y el que se presta a un diagnóstico más rápido (1052).

Hay ciertos casos excepcionales en que el diagnóstico no es del todo sencillo. Las adaptaciones secundarias y los "pseudo contactos" de tipo recuperativo pueden alcanzar un grado tal que las actitudes resultantes más bien merecen el nombre de "normalidad compulsiva" o una "compulsión a demostrar que no se es obsesivo". Los pacientes de este género sólo delatan su estructura reactiva y patológica si su actividad rutinaria "normal" sufre alguna interrupción. Entonces resulta que no pueden prescindir de su rutina, es decir, que ésta era de carácter compulsivo. Ocasional-

mente las "formaciones reactivas contra formaciones reactivas compulsivas" llegan tan lejos que el individuo rechaza toda regulación y muestra una conducta caótica que puede dar una impresión histérica e incluso impulsiva (véase pág. 588).

No es mucho lo que se sabe, sin embargo, acerca de qué es lo que decide cuándo un carácter compulsivo se desarrolla simultáneamente con síntomas compulsivos, como parte de una neurosis obsesiva, y cuándo un carácter de esta estructura rechaza (y reemplaza) síntomas definitivamente compulsivos y obsesivos. Se observan los dos casos. Es posible que el carácter compulsivo sin síntomas represente más bien una detención en el desarrollo que una regresión.

CARACTERES CICLICOS

Como cabía esperar en la persona "cicloide", la existencia de un "carácter oral" es un hecho confirmado por la experiencia clínica. Pero el concepto de carácter oral engloba una multitud de fenómenos muy diversos (véase págs. 545 y sigs.). Se puede suponer que los mecanismos en que se basan los cambios de estado de ánimo son iguales a los que actúan en los verdaderos maniaco-depresivos, siendo la diferencia sólo de grado. Estas personas se caracterizan por conflictos entre el yo y el superyó, y por la manera en que tratan de resolver estos conflictos, que reflejan sus adaptaciones pasadas a los objetos del complejo de Edipo. Los altibajos en su estado de ánimo pueden ser reemplazados por "equivalentes de afectos", de carácter físico (1183, 1622).

En este grupo hay que incluir a muchos de los "caracteres neuróticos" descritos por Alexander (38), en los cuales alternan el éxito y el fracaso. Todos aquellos pacientes que incurren periódicamente en "acting out" manifiestan señales definidas de carácter oral (445).

CARACTERES ESQUIZOIDES

Nos hemos ocupado de las personalidades esquizoides en el Capítulo XVIII, dedicado a la esquizofrenia, en la parte referente a los casos marginales (véase págs. 496 y sigs.). Se caracterizan por un narcisismo acentuado, que puede manifestarse en forma de una intensa necesidad de aprobación de parte de los demás, pero que más frecuentemente tiene el carácter de un narcisismo primario y omnipotente, independiente de toda otra persona y que deforma, en el paciente, la función de juicio de realidad (1380, 1635). La fijación narcisista se revela en la disposición del paciente a reaccionar a las frustraciones con pérdidas parciales de las catexis de objeto. Las relaciones objetales y las emociones pueden ser reemplazadas de muchas maneras por pseudocontactos y pseudoemociones. Frecuentemente el aumento de narcisismo es de carácter reactivo. Los pacientes son incapaces de soportar ninguna herida narcisística y se reaseguran contra

tales heridas regresando a la omnipotencia primaria (524, 1250). La capacidad de conservar, o de reactivar en mayor o menor grado, las actitudes de la omnipotencia primaria, es típica. Puede deberse a veces a factores constitucionales desconocidos; otras veces el narcisismo primario ha sido alimentado por un ambiente anormal. Puesto que las personas de esta índole necesariamente sufren muchas frustraciones, siempre están colmadas de hostilidad inconsciente. Pero también estos sentimientos hostiles son rechazados y habitualmente estas personas no los perciben como tales. Las respuestas emocionales pueden ceder su lugar a una conducta de molde rígido, sonrisas vacuas u otras actitudes catatonoides. Ya hemos descrito las características de las relaciones de objeto inestables, fácilmente abandonadas y de rasgos arcaicos (véase págs. 566 y sigs.). Hemos descrito también los caracteres "como si", con sus inauténticas pseudoemociones (331, 333). Los caracteres paranoides, grávidos de sospechas y de celos, representan formas abortivas de delirios de persecución o de celos. Las personalidades hebefrenoides, generalmente inhibidas en todas sus actividades, son indicio, a menudo, de amplias formaciones reactivas contra tendencias agresivas. La conducta catatonoides supone a menudo una escara residual de un proceso psicótico que posiblemente no ha sido reconocido como tal.

Por lo que se refiere a la distinción principal que debe hacerse en materia de caracteres esquizoides, es decir, entre las personas que se hallan al borde de una psicosis y aquellas otras que, gracias a algún rasgo excéntrico de carácter, parecen hallarse al abrigo de toda psicosis, remitimos al lector al capítulo dedicado a la esquizofrenia (véase págs. 499 y sig.).

BREVE HISTORIA DE DOS CASOS (A MANERA DE DIGRESION)

La deficiencia en la descripción teórica de los mecanismos se hace más evidente en los trastornos del carácter que en el caso de las neurosis sintomáticas. Esta deficiencia tiene un doble carácter. En primer lugar, los tipos descritos son el resultado de influencias externas sobre las estructuras biológicas, y varían, por lo tanto, con las influencias externas. En lo que no se insiste bastante es en destacar, cuando se trata de una mera descripción de tipos, el hecho de que éstos corresponden solamente a nuestro mundo actual. Las estructuras caracterológicas más corrientes son especialmente características de una cultura determinada, y a veces de un determinado estrato de una cultura dada. De una manera específica, las estructuras caracterológicas patológicas de nuestros días se hallan determinadas por el conflicto entre los objetivos, contradictorios entre sí, de "independencia activa" y de "anhelo pasivo-receptivo", estimulados uno y otro por las condiciones sociales actuales (819). En segundo lugar, los tipos no coinciden nunca, punto por punto, con los casos individuales.

Se nos permitirá, por eso, ilustrar la forma de determinación histórica de los trastornos del carácter mediante el relato condensado de dos historias ya publicadas (433, 442a).

Una paciente se caracterizaba por el odio con que emprendía toda tarea que fuera de importancia más o menos escasa. Tanto física como mentalmente, se hallaba en un estado de continua tensión, ocupada siempre con el futuro, sin vivir nunca

en el presente. La superficialidad de esta actividad continua del yo llegaba a un extremo impresionante. Sus asociaciones se extendían en todas direcciones sin ahondar nunca en lo más mínimo. Sus intereses y ocupaciones llevaban también el sello de una superficialidad que no correspondía a su inteligencia y a su talento. Evitaba todo aquello que tuviera un carácter "serio". Al describir sus experiencias demostraba un sentimiento peculiar de inferioridad. "Nada de lo que me sucede puede ser serio o real". Su actividad superficial y "juguetona", su inquietud y su constante preocupación por lo que podría suceder en el día de mañana, le servían para adelantarse a evitar toda experiencia seria.

Era casada y estaba apasionadamente enamorada de otro hombre. No podía abandonar a éste, por más que la aventura había provocado en su ánimo serios conflictos. En situaciones difíciles, o de angustia, y especialmente al iniciarse una depresión, realizaba una fuga — así como hace una fuga a su droga un adicto a la droga — con la ayuda de las experiencias, imaginarias o reales, con dicho hombre. Pronto se vio claramente que lo que le impulsaba hacia él no era un verdadero amor, sino que él satisfacía ciertas necesidades narcisísticas, lo que equivalía a repeler la angustia o la depresión. No se veía claramente, sin embargo, de qué manera él lograba esto. Poco a poco se puso de manifiesto que los principales atributos de este hombre — que en esto era diametralmente opuesto al marido de la paciente — eran el ser divertido, aparentemente frívolo y chistoso, y no llamar nunca a las cosas por su nombre verdadero. Lo que realmente buscaba en él la paciente era un reaseguramiento: "No tengo por qué temer a la sexualidad; todo es broma". En un análisis anterior, la paciente había creado, desde el comienzo mismo, una resistencia a hablar, y no se lograba progreso alguno. Esto sucedió porque el análisis era "en serio" y porque su finalidad era enfrentar la realidad, "llamar las cosas por su verdadero nombre", lo que la paciente quería evitar a toda costa. El segundo análisis, por el contrario, pareció hacer progresos muy rápidos. Llevó mucho tiempo el llegar a comprender que este progreso sólo era aparente y que era el resultado de una resistencia especial. Durante la primera sesión, el analista, por casualidad, se rio de algunas observaciones que hizo la paciente. Esto le permitió trabajar "con aislamiento". El análisis que se le hacía era "en broma", así como disfrutaba "en broma" de la sexualidad, de modo que el análisis no atacó, en realidad, sus angustias respecto a su vida instintiva. Tal como lo hace el niño en sus juegos, la paciente anticipaba, en forma de juego activo, acontecimientos futuros. Pero no lo logró nunca. Su angustia le resultaba demasiado intensa para dar el paso que separa el juego de la realidad. Tenía siempre necesidad de asegurarse a sí misma: "Esto es sólo un juego, no es en serio". El análisis demostró que la sexualidad "en serio" había adquirido su carácter atemorizador cuando, estando cerca de cumplir cinco años de edad, el nacimiento de un hermanito suscitó su sadismo. Tenía el temor inconsciente de que, si cedía a sus verdaderos impulsos, arrancaría el pene de todo cuerpo de hombre, y a los niños de todo cuerpo de mujer. El refugiarse en el "juego" se debía, entre otras cosas, a un incidente particular ocurrido durante la crianza de su hermanito. Una hermana mayor le había sugerido la idea de volear el cochecito del intruso, para deshacerse de él. Desde entonces tuvo terror de tocarlo especialmente después de enterarse, cierta vez, de que la madre y la niñera se habían reído del niño mientras éste orinaba. La madre procuraba aliviarla de su aversión a tocar al niño diciéndole: "Tómalo en tus brazos. Yo estoy aquí. Tú no haces más que hacer el papel de mamá jugando, no eres su madre verdadera".

Otro paciente revelaba en su conducta las siguientes contradicciones. Tenía, por un lado, sentimientos de inferioridad bien definidos, que se manifestaban en constantes empeños ambiciosos (la imposibilidad de satisfacer realmente su ambición,

y ciertas perturbaciones de su potencia sexual, fueron las razones que lo indujeron al análisis). Por otro lado era, en su vida real, una persona completamente inactiva, llevaba una vida retirada, carecía de relaciones objetales auténticas y se contentaba con no verse perturbado por el mundo exterior. Sus fantasías ambiciosas eran de un carácter muy infantil y tenían como núcleo la idea de que quería mostrarse el más fuerte. El imaginario cotejo correspondía a un nivel extremadamente primitivo, el de las simples riñas entre niños. Era relativamente fácil de ver que era menos importante para él la victoria que el afecto y el reconocimiento que esta victoria le habría de asegurar. El objetivo común de su ambición y su pereza era vivir en una autosuficiencia narcisística, con un flujo abundante de suministros del exterior. Si bien había logrado un éxito completo en su carrera y creado pseudo contactos en sustitución de las relaciones de objeto, como para evitar la apariencia externa de lo patológico, su vida interior era asombrosamente descolorida. Contemplaba su trabajo profesional como un mal necesario, del que había que desembarazarse siempre lo más pronto posible. Carecía de intereses especiales, por lo menos en el plano de su capacidad intelectual. Tenía la tendencia a caer en la depresión si sentía que no era inmediatamente amado por todo el mundo. Sus relaciones con mujeres eran tan superficiales que no se requirió mucho análisis para advertir la homosexualidad latente bajo las mismas. Pero sus relaciones con los hombres eran también de carácter narcisista, y consistían básicamente en fantasías infantiles de competencia. Cuanto más se le conocía, más se echaba de ver hasta qué punto estaba dominado por una necesidad narcisística primitiva. Esperaba que, tan pronto como sintiera una necesidad, el mundo de los objetos habría de gratificarla, sin que él mostrara la menor inclinación a hacer algo, por lo demás, en realidad, sin ser capaz de sentir que otras personas tienen necesidades.

Pasó bastante tiempo hasta que los elementos infantiles de su fijación narcisística se revelaran con claridad. Uno de esos elementos era la manera de ser de su madre. Había sido una persona muy activa y que acostumbraba plantear incesantes exigencias a sus dos hijos, exigencias en muchos sentidos, y especialmente con respecto a la limpieza. El paciente recordaba haberse sentido "fastidiado por su madre y sus exigencias durante toda su infancia, y continuaba empeñado en eludir esas exigencias. Pero había un segundo elemento, de mayor importancia. Durante toda su infancia hubo una vieja nodriza que tenía, en todo sentido, la función de "antimadre". Gracias a la existencia de ésta, el paciente estuvo en condiciones de convertir en realidad sus fantasías narcisistas de despecho, originariamente dirigidas contra la madre. Estaba absolutamente seguro del amor de su nodriza. En todo cuanto a ella se refería, podía hacer todo lo que quisiera. Conseguía de ella todo lo que necesitaba, sin haberse visto nunca obligado a reconocer que también ella era una criatura humana, dotada de sentimientos.

¿Puede este hecho de cebar el primitivo narcisismo de un niño explicar en forma satisfactoria una fijación caracterológica que permite eludir toda actividad vital, no sólo lo que se refiere a relaciones amorosas, sino también toda actividad intelectual? No, por cierto. No hay duda de que el hecho de evitar toda actividad vital era equivalente a una actitud fóbica de carácter general, que el paciente trataba de evitar la plena intensidad de la vida tal como un agorafóbico evita salir a la calle. El hecho de que llevaba a cabo esta evasión aferrándose a una primitiva actitud narcisista quedaba eficientemente explicado por la presencia de la nodriza. Pero esto no explicaba cuáles eran los peligros que le inducían a retraerse. Era necesario comprender el carácter temible de las exigencias maternas y tratar de completar su sentido.

La interminable lucha competitiva a la que el paciente se entregó totalmente en sus fantasías, pero que evitaba en la realidad, así como una actitud correspon-

diente a esto en la situación de transferencia, llevaban a recordar constantemente que aquél había tenido un hermano tres años mayor que él, y que sus escasos recuerdos de infancia lo presentaban siempre en compañía de ese hermano y de los amigos de éste. Su actitud de "niño pendenciero" debe haber correspondido al deseo que alguna vez tuvo de ser más fuerte que los niños que lo rodeaban, mayores que él, y el carácter desesperanzado de este deseo evidentemente le hizo retraerse de estos niños para volverse hacia la nodriza. Se puede suponer que la actitud de exigencia oral frente a la nodriza se basaba en un "retorno de lo reprimido" y que en su relación con los niños mayores se había desarrollado una homosexualidad pasivoreceptiva que fue sobrecompensada con su deseo de ser más fuerte que ellos. Y como esto último era irrealizable, volvió nuevamente a la receptividad. Cuando le fue explicado esto al paciente, respondió con un recuerdo sorprendente. Desde la edad de diez años, aproximadamente, había sobrepuesto a su hermano en fortaleza física. Entre los dos niños se producían frecuentes luchas a puñetazos, y el paciente era siempre el vencedor. Este triunfo condujo a su intento de reprimir el recuerdo de haber sido anteriormente el más débil de los dos, forjando para ello el ideal de "niño pendenciero". Su nostalgia pasivoreceptiva, inconsciente, de aquel período en que había sido el más débil, era la razón por la cual este ideal no dejó de ser teórico, y en cambio vivió, en la realidad, en "el mundo de la nodriza".

Cuando el paciente no podía sobrepasar a otros, tenía siempre el impulso de atacarlos o insultarlos, y ahrigaba el temor de que alguna vez podría ceder a ese impulso en forma comprometedora. En realidad evitaba dar todo paso de carácter sádico activo, que podría haber servido para negar la existencia de cierto placer en el hecho de ser el más débil. Pero, una vez más, esta especie de negación no habría sido posible de no existir, a una mayor profundidad, un sadismo más básico, que delataba su existencia en las continuas fantasías de lucha, así como también en la avidez oral con que exigía la inmediata satisfacción de todas sus necesidades.

Este sadismo se hizo patente también en su único *hobby*, la caza, que a su juicio era la única cosa que daba valor a la vida. El análisis de este *hobby* condujo primeramente a la conclusión de que el placer de disparar sobre los animales tenía tan poco de genuina expresión instintiva directa como la fantasía de tomar repentinamente a golpes, hasta matarlos, a aquellos rivales a quienes el paciente tenía tanto que rehuía toda reunión social. Fue posible conducir gradualmente al paciente hasta un punto en que llegó a revivir el temor aún existente, pero que no había sentido desde la infancia (salvo en la forma de ciertos temores circunscritos, como, por ejemplo, una sífilofobia claramente definida). Diversos temores hicieron su aparición, primeramente en los sueños y más tarde también en los síntomas diurnos, temores que fueron asumiendo, en forma creciente, las características de ciertas exigencias temibles de que se le hacía objeto, y de las que trataba de escapar mediante el recurso de la terquedad. Acostumbraba encerrarse, a veces, en su despacho y echarse a dormir, experimentando un gran placer en el pensamiento de que los demás creían que estaba trabajando y de que nadie podría llegar hasta él o molestarlo. Observó que era también el miedo lo que le conducía siempre a la ruptura en sus aventuras amorosas, así como en sus amistades masculinas, una vez que sus sentimientos aleanzaban cierto grado de intensidad. Finalmente se dio cuenta, con sorpresa, de que su única fuente de placer, la caza, tenía igualmente por fundamento el miedo.

La caza ofrecía al paciente la oportunidad de satisfacer ciertos rasgos fetichistas: amaba las botas altas y la vestimenta rústica. Evidentemente desconocía el carácter sexual de esta preferencia, en cuanto el carácter fetichista de botas y vestimenta se limitaba a atributos de índole masculina. Hablando del olor del caucho, tuvo el recuerdo confuso de sábanas de goma que fueron usadas en su cama cuando

era pequeño. Aquí se aludió, por primera vez, al tema de la enuresis, y surgió la impresión de que las botas y la vestimenta "masculinas" tendían a negar cierta clase de ideal pasivopueril, del mismo modo que la idea de derrotar a su hermano encubría el recuerdo de una época en que era el niño mimado de los otros niños, mayores que él.

La historia de su pasión por la caza trajo al tapete también, por primera vez, su relación con el padre. El padre no fue cazador, sino pescador. Mientras el padre permanecía de pie, en el agua, o en la orilla, para pescar, se permitía a los menores cazar pajaritos con escopeta. Durante estas excursiones, el pequeño se sentía siempre muy "varonil", sentimiento éste que revivía en su actual placer de la caza. Pero los sueños de angustia relacionados con agua, que se producían con frecuencia cada vez mayor, condujeron finalmente a la conclusión de que este placer de la caza tenía también un oculto significado contrafóbico: "Yo no soy pescador, sino cazador". El hecho de que el padre fuera pescador debe haberle causado angustia, y él había superado la angustia con una especie de orgullo contrafóbico: el de permitirle salir con su padre a una excursión de carácter masculino. Sin embargo, sólo era capaz de disfrutar de tal placer en la caza, y ahora resultaba cada vez más claro que hasta este momento la angustia inconsciente estaba vinculada a la pesca y a todas las actividades relacionadas con agua. Varias peculiaridades de su comportamiento durante la caza demostraban que se empeñaba siempre en vincular de algún modo su actividad de cazador con "agua", pero en forma tal que la vinculación no fuera demasiado estrecha. Aunque durante la niñez tuvo miedo a la natación, ahora trataba de imponerse a sí mismo la obligación de nadar, pero esto no le procuraba ningún placer. Los sueños y fantasías revelaron que el agua que le inspiraba temor era el agua sucia, hecho que fue revelado por el análisis de su erotismo anal y uretral desmedidamente intensos, contra cuyas exigencias había surgido, como defensa, todo su carácter patológico. Dos factores más contribuyeron al desarrollo del carácter patológico del paciente. El primero se relaciona con su padre —que había impresionado al niño como extraordinariamente viril— cuyo principal interés radicaba en ciertas actividades atléticas, y que tampoco llegó a superar del todo, a lo que parece, la actitud de "niño pendenciero". Además de esto, concedía gran importancia a la vestimenta. El vínculo homosexual del paciente era con el padre, el cual solía salir con el niño, especialmente para ir a fiestas y exhibirse con él. En estas ocasiones el paciente sentía, por un lado, orgullo varonil, y por otro lado, el temor de no estar —por ser un niño— a la altura de su papel de "hombre". Por eso prefería estar apegado a su nodriza y a su narcisismo primitivo. La idea de estar siempre en desventaja en las reuniones sociales, por no estar todavía en condiciones de competir con las personas mayores que él, así como la otra idea de rehuir dichas reuniones porque acaso podría, en cierto momento, en un repentino arranque sádico, hacer daño a los demás, se remontaban a su ambivalencia frente al padre, quien lo había usado con fines exhibicionistas.

El otro hecho es que, durante los primeros años de su infancia, el paciente había compartido la cama con su hermano. Lo que en sus confusas fantasías se le presentaba como incitante y peligroso a la vez, respecto al padre, lo sintió realmente con el hermano. Estas excitaciones homosexuales que trató de volver a encontrar mediante el regreso a un narcisismo oral primitivo, hallaron expresión en la enuresis. El paciente fue obligado a sentir vergüenza, por su "exigente" madre, por el hecho de mojar la cama. En venganza por esta acción de rebajarlo resolvió que desde ese momento no viviría más que para sus propias gratificaciones y no tendría consideración por ninguna otra persona. Esta resolución fue finalmente quebrantada, dando lugar a conflictos secundarios.

La fijación pregenital, que halló su expresión, por un lado, en la enuresis, y por otro lado en la regresión oral, tenía su origen en tempranas perturbaciones estomacales e intestinales.

Este resumen tosco y esquemático basta para mostrar cómo las peculiaridades de carácter de este paciente tenían por causa una combinación de circunstancias de su ambiente infantil. La nodriza que lo mimaba, la madre exigente, el hermano mayor, el hecho de que este hermano mayor posteriormente fue más débil que él, el carácter exhibicionista y jactancioso de su padre... Sólo si tomamos todas estas circunstancias en conjunto resulta comprensible la evolución de este paciente.

LA TÉCNICA Y LA TERAPIA PSICOANALÍTICAS EN LOS TRASTORNOS DEL CARÁCTER

En el terreno de los trastornos del carácter, la terapia analítica tropieza con dificultades específicas. La actitud de los pacientes hacia su trastorno es diferente de la que muestran los neuróticos hacia sus síntomas. Si bien también los pacientes con neurosis sintomática presentan resistencias, y por otro lado, las personas afectadas en su carácter pueden sentirse muy descontentas consigo mismas y esforzarse por lograr un cambio, el hecho es que hay diferencia entre un hombre que trata de desembarazarse de una perturbación en la periferia de su personalidad y otro cuya "personalidad" misma va a ser atacada. El caso resulta todavía relativamente fácil mientras la persona misma tiene cierta noción del carácter patológico de sus patrones de conducta (y aún así, el hecho de que estos patrones son aloplásticos y más rígidos que los síntomas será una fuente de dificultades). Pero se hace más difícil cuando el paciente carece de tal noción y no reconoce ni sus actitudes patológicas ni el hecho de que la parte principal de las energías en conflicto que el análisis trata de liberar se hallan tónicamente "fijadas" en las actitudes, o bien cuando la índole misma de las actitudes es tal que estorba el desarrollo del análisis.

El método psicoanalítico se basa en la cooperación de un yo razonable, al que se le demuestra, mediante la interpretación, la existencia de derivados del inconsciente que le son desconocidos. Por eso dijo Freud, cierta vez, que "un carácter cabalmente responsable" es uno de los prerequisites de un análisis hecho con éxito (554). Y ésta es la hora en que todavía nos preguntamos si los caracteres "irresponsables" pueden ser curados con psicoanálisis.

Esto sólo puede hacerse si primeramente el análisis logra hacer percatare al paciente del carácter problemático de su conducta. Una vez que se ha suscitado su asombro por las cosas que hace, es necesario que comprenda que es compelido a actuar como lo hace, que no puede hacer otra cosa. Luego tiene que comprender que es una angustia (o un sentimiento de culpa) lo que hace que este comportamiento específico sea forzoso, que necesita ese comportamiento para fines de defensa. Aprenderá a comprender históricamente por qué estas defensas debieron tener esa forma específica, y en determinado momento sabrá qué es lo que le atemoriza. Si se logra

la movilización de los viejos conflictos, sentirá angustia primeramente y luego los impulsos instintivos del caso, en lugar de su actitud rígida y helada. De esta manera la neurosis de carácter se transformará en un síntoma neurótico, y las resistencias del carácter en vivaces resistencias de transferencia. Después de lo cual síntomas y resistencias serán tratados en la forma en que habitualmente se tratan las neurosis sintomáticas y las resistencias de la transferencia (1279).

Ésta es, pues, la situación. Cierta vez hubo un conflicto, apremiante y vivo. El sujeto se retiró de la lucha mediante una alteración permanente del yo. Las fuerzas que en un tiempo se opusieron entre sí, son malgastadas ahora en las actitudes de defensa del yo, inútiles y rígidas. El conflicto se ha hecho latente. Separando el yo razonable y observador del elemento automático, defensivo y que sólo padece la experiencia, la energía ligada tiene que ser liberada y reactivado el viejo conflicto (1497).

Es relativamente fácil ver lo que se trata de hacer aquí. La tarea analítica que se requiere consiste en derretir las energías congeladas de las actitudes rígidas. Lo que es mucho más difícil es *realizar* esta tarea, determinar el punto en que el sistema defensivo es más inseguro, donde la defensa neurótica es menos rígida, en otras palabras, los puntos y los momentos en que la lucha entre instintos y defensa se ha conservado más vívida. Lo que se debe hacer entonces es rectificar los desplazamientos, anular los aislamientos y dirigir nuevamente, hacia donde corresponde, los vestigios remanentes de afectos (433, 438).

En cuanto a la reactivación de viejos conflictos, carentes ya de toda vigencia, Freud puso en duda cierta vez si tal cosa podría ser siquiera lograda (629). Para transformar un conflicto instintivo latente en un conflicto vívido, dice Freud, "resulta claro que sólo hay dos cosas que se pueden hacer: o provocar situaciones en que el conflicto se haga actual, o bien contentarse con discutirlo en el análisis". En cuanto a lo primero, "hasta ahora hemos cedido, acertadamente, al destino" la tarea de acarrear nuevos sufrimientos en la vida, y además, tampoco sería de ningún modo posible lo contrario. Lo segundo es inútil, ya que la ayuda que puede procurar la mera discusión no será mayor de la que puede esperarse de la lectura de las obras de Freud para la curación de una neurosis (629). Es cosa fácil rechazar las dos alternativas, pero no es exacto que constituyen en realidad las dos únicas posibilidades. Existe una tercera posibilidad: los conflictos latentes no son nunca completamente latentes. El analista está acostumbrado a adivinar la presencia de poderosas fuerzas detrás de los signos más pequeños. Su tarea es reactivar conflictos, no crear conflictos nuevos. Tiene que dar a estos signos una objetividad tal que el paciente pueda reconocerlos como derivados de los conflictos latentes, más importantes, que se ha negado a sentir. Siempre que se pueda lograr que la parte decisiva de la energía instintiva rígida encuentre su descarga y pueda ser restablecida la salud mental, podrá decirse en realidad que la tarea del analista consiste, sobre todo, en "convertir un posible conflicto futuro en un conflicto presente" (629).

Esto significa que efectivamente deben provocarse situaciones tales que actualicen el conflicto, pero no porque el analista haga el papel del destino en la vida real del paciente ni porque se asocie a la transferencia mediante una conducta artificial, sino llevando el análisis a aquellos puntos en que los conflictos latentes están realmente escondidos, demostrando el carácter de derivados que tienen las actitudes en cuestión y haciendo posible que el yo observador y razonable enfrente nuevamente aquello que, a causa de la resistencia, fue eludido hasta ese momento.

Es particularmente urgente que la personalidad sea primeramente liberada de su rigidez, ya que es aquí donde las energías patógenas están realmente "fijadas". Frecuentemente, y aun en casos en que una vívida lucha entre instinto y defensa aparece en otros puntos, puede tener una importancia decisiva el dirigir la atención a las defensas rígidas (74, 75, 438, 1279).

Podría hacerse la cuestión de si realmente existe algún análisis que no sea "análisis del carácter". Todos los síntomas son el resultado de actitudes específicas del yo, las que hacen su aparición en el análisis como resistencias y que fueron originándose en el curso de los conflictos infantiles. Esto es cierto. Y en cierta medida, todos los análisis son, en realidad, análisis del carácter. Siempre hay una parte de las energías que se gastan en inútiles conflictos defensivos, y que es necesario poner nuevamente a disposición del individuo, que se halla "fijado" en las "resistencias del carácter". Hay, con todo, una diferencia apreciable entre el análisis de una neurosis sintomática y un análisis del carácter propiamente dichos.

Esto en cuanto a las dificultades comunes a todos los trastornos del carácter. Fuera de esto, en lo que se refiere al problema de la indicación del análisis, ésta varía grandemente. Los trastornos del carácter no constituyen una unidad nosológica. Los mecanismos en que se basan los trastornos del carácter pueden ser tan diferentes entre sí como los mecanismos en que se basan las neurosis sintomáticas. Es así como un carácter histérico será más fácil de tratar que un carácter compulsivo, un carácter compulsivo más fácil que otro narcisista.

Aparte de la variación en los mecanismos subyacentes, también varían considerablemente el grado de visión, el deseo de restablecerse, la disposición a cooperar y la elasticidad mental necesaria (1174). En cuanto a los beneficios secundarios, un trastorno del carácter será más difícil de atacar si la actitud patológica ha reportado al paciente, hasta ese momento, más ventajas que desventajas. Si, por ejemplo, los intentos narcisísticos de sobrecompensación no han tropezado aún con frustraciones en la realidad, el paciente se aferrará a ellos más que en el caso de haber sufrido graves desengaños. Algunas actitudes neuróticas de carácter pueden incluso haber sido provechosas para el logro de un éxito real, o por lo menos para crear cierto orgullo y un incremento en la autoestima, y en ese caso los intentos, de parte del analista, de demostrar el verdadero propósito de dichas actitudes chocarán con una resistencia más intensa.

La profundidad de la regresión, la intensidad de las resistencias, la

disposición a comprender y a cooperar y la elasticidad mental del paciente, deberán ser juzgadas a través de un análisis de prueba (véase págs. 644 y sig.).

Las dificultades más arriba mencionadas, especialmente la necesidad de hacer que el paciente se dé cuenta de sus patrones rígidos de conducta y la necesidad de descongelar sus actitudes congeladas, obliga generalmente a dedicar un tiempo mucho más largo a los análisis del carácter que a los análisis de síntomas. Los análisis del carácter implican también ciertas tareas técnicas de las que no podemos ocuparnos aquí (cfr. 438). Con todo esto, no hay motivo para el desaliento (1361). Lo que Freud dijo cierta vez acerca del psicoanálisis en general es especialmente cierto si se aplica al análisis del carácter: si bien no pueden cambiar al individuo en el sentido constitucional, lo que pone límites, por cierto, a su eficacia, puede hacer del paciente lo que éste habría llegado a ser si las circunstancias de su vida hubieran sido más favorables (596).

E. COMBINACIONES DE NEUROSIS TRAUMATICAS Y PSICONEUROSIS

CAPÍTULO XXI

COMBINACIONES DE NEUROSIS TRAUMATICAS Y PSICONEUROSIS

La distinción entre neurosis traumática y psiconeurosis es artificial. Esta clasificación es muy útil desde un punto de vista teórico. Resulta instructivo considerar que el decisivo estado de tensión que constituye la base de una neurosis tanto puede ser producido por un aflujo excesivo de excitaciones como por la excesiva precariedad de la descarga. Pero estos dos tipos de situaciones de índole neurótica, en realidad, reobran recíprocamente una sobre la otra. Cuando el individuo ha sufrido un aflujo demasiado grande de estímulos, se atemoriza, se excluye del mundo externo y bloquea de este modo sus descargas. El hecho de pasar por un trauma crea el temor a toda clase de tensiones, sensibilizando al organismo incluso a sus propios impulsos. Si, por otra parte, se bloquean las descargas, un pequeño aflujo de estímulos, inocuo en otro caso, puede tener el efecto de otro mucho más intenso, creando una inundación. Un conflicto neurótico crea un temor a las tentaciones y castigos y sensibiliza también al organismo en relación a ulteriores estímulos externos. El concepto de "trauma" es relativo (513).

En el capítulo de las neurosis traumáticas subrayamos el hecho de que no hay neurosis traumática sin complicaciones psiconeuróticas. Fue necesario llegar a cierta comprensión de estas complicaciones para comprender la evolución clínica de las neurosis traumáticas (véase págs. 145 y sigs.). Debemos agregar ahora unas palabras sobre el fenómeno inverso, es decir, sobre los elementos traumáticos en las psiconeurosis.

Los síntomas de las neurosis actuales son, en general, muy similares a los de las neurosis traumáticas. Una y otra forma de neurosis se deben a un estado de estancamiento, si bien la manera de producirse éste no es igual en ambos casos. Pero hay un elemento que es característico de las neurosis traumáticas y falta en las neurosis actuales: son las características *repeticiones* del trauma en sueños y síntomas. Estas repeticiones constituyen intentos de lograr un control, tardío y en forma fraccionada, de las cantidades de excitación no controladas (605). Las repeticiones se producen también en todos los fenómenos psiconeuróticos, pero allí son de otra naturaleza. Por ejemplo, los síntomas pueden reproducir una y

otra vez ciertas experiencias infantiles, aun si éstas no fueron agradables. Los fenómenos neuróticos se caracterizan por el hecho de que los pacientes, en vez de reaccionar vivamente a los estímulos actuales, de acuerdo con la naturaleza específica de éstos, reaccionan repetidamente y de acuerdo con patrones rígidos. Los impulsos instintivos mismos tienen también un carácter repetitivo: se hacen sentir periódicamente y tienden a seguir todas las veces el mismo curso. Existen, además, las repeticiones que no representan ningún problema, tales como la repetición de actos y actitudes que alguna vez demostraron ser útiles y que se producen todas las veces que se presentan circunstancias similares, o bien, en general, las repeticiones que se producen en respuesta a estímulos repetidos (o similares).

Freud ha hablado de una "compulsión de repetición" (605), concepto que ha sido muy discutido en la literatura psicoanalítica (145, 431, 771, 977, 991, 992, 1064, 1180, 1182, 1469). Pero las repeticiones antes mencionadas corresponden a tipos muy diferentes. Despreciando las repeticiones que no implican ningún problema, tenemos que distinguir tres categorías:

1. *La periodicidad de los instintos, basada en la periodicidad de sus fuentes físicas.* Esto representa un problema somático, pero de profundas consecuencias psicológicas (102, 257). No sólo existe la periodicidad de las pulsiones instintivas, sino que los "derivados" de estas pulsiones también reflejan esa periodicidad. Toda clase de hambre termina en la saciedad, y la saciedad, después de cierto tiempo, cede su lugar al hambre. La periodicidad de los fenómenos maniaco-depresivos pertenece probablemente a esta categoría.

2. *Repeticiones debidas a la tendencia de lo reprimido a buscar una vía de descarga.* Éste es el núcleo de las características repeticiones psico-neuróticas (991, 992). Donde se las encuentra más pronunciadas es en las llamadas neurosis del destino, en las cuales el paciente provoca o soporta periódicamente la misma experiencia (327, 613). Lo que ocurre es que un impulso reprimido trata de encontrar su gratificación a despecho de la represión, pero cada vez que el deseo reprimido aflora a la superficie, la angustia que en un comienzo condujo a la represión es nuevamente movilizad y crea, junto a la repetición del impulso, la repetición de las medidas antiinstintivas. No hay en esa clase de repeticiones nada que sea de carácter metafísico. Representan simplemente la continuación de la lucha entre lo reprimido y las fuerzas represoras. Aquello que no ha sido gratificado lucha por la gratificación; los mismos motivos que al comienzo se opusieron a la gratificación continúan vigentes más tarde. De modo que ni siquiera la repetición en la transferencia, durante la cura analítica, del más doloroso de los fracasos del complejo de Edipo, se halla "más allá del principio de placer" (605).

No es la dolorosa liquidación del complejo de Edipo (612) lo que la persona trata de repetir, sino que más bien está luchando por la gratificación de los deseos edípicos. Pero esta lucha moviliza la angustia, y el resultado objetivo es la repetición de una experiencia dolorosa.

Las repeticiones en los rituales compulsivos (contar en forma compulsiva) constituyen un apartado de esta categoría (véase págs. 181 y sig. y 328 y sig.).

3. *La repetición de hechos traumáticos a objeto de lograr un control tardío.* Donde se ve primero, y con más claridad, este tipo de repetición, es en los juegos infantiles, en los cuales aquello que antes fue experimentado pasivamente es repetido, en forma activa, con la intensidad y en el momento que decide el yo. Las mismas normas siguen los sueños y síntomas de repetición en las neurosis traumáticas y en muchos pequeños actos similares de personas normales, que en su pensamiento, sus relatos y sus actos repiten las experiencias sumamente perturbadoras cierto número de veces, antes de lograr su control (605, 1552).

Los fenómenos de repetición de las psiconeurosis son, por regla general, del tipo 2, los de las neurosis traumáticas, en cambio, del tipo 3.

Existe una categoría de neurosis en la que aparecen simultáneamente elementos de "conflicto neurótico" y de "trauma", neurosis de personas cuyos motivos de defensa contra los impulsos instintivos se basan en experiencias traumáticas específicas de la infancia (431). Esto puede reconocerse en el hecho de que las repeticiones que se producen en el curso de estas neurosis corresponden al mismo tiempo al tipo 2 y al tipo 3.

En las repeticiones del tipo 2 no existe la intención de repetir. Cuando la excitación "es repetida", es con la esperanza de que su resultado será diferente, una gratificación en vez del precedente fracaso. Pero esta intención no tiene éxito, y lo que ocurre en realidad es una repetición de la frustración. A veces resulta evidente que el yo está empeñado en lograr una "repetición en circunstancias diferentes", por ejemplo, con la concurrencia de medidas de reaseguramiento que habrían de posibilitar la gratificación hasta entonces bloqueada.

Los rasgos que caracterizan el tipo 3 son diferentes. La actitud del yo respecto a la repetición es muy ambivalente. La repetición es deseada para aliviar una tensión penosa, pero dado que la repetición, por sí misma, también es penosa, la persona la teme y trata de evitarla. Habitualmente, por eso, se busca una transacción: una repetición en menor escala y en circunstancias más alentadoras. La ambivalencia respecto a la repetición resulta manifiesta en los fenómenos de la traumatofilia y la traumatofobia (1070, 1244), en el hecho de que todo lo que emprenden estas personas desemboca en un trauma. Temen esto último, y a la vez se empeñan en provocarlo. Existen muchas variedades de esta mezcla de temor a la repetición y empeño en provocarla. Cuando este empeño es inconsciente, los pacientes, a pesar de su temor a las experiencias perturbadoras, pasan todos los días por cosas muy perturbadoras. Corren de desastre en desastre y todo es perturbador y está colmado de emoción. Para ellos no hay nunca ni tiempo, ni distancia, ni tranquilidad suficientes que pueda procurarles un descanso. En otros casos, el deseo de repetición es más consciente y los pacientes sienten el anhelo de una sola experiencia dramática que les permita poner fin a sus desdichas, de una vez por todas (445).

Ya hemos dicho repetidas veces que en algunos neuróticos el temor a la castración o a la pérdida de amor se halla encubierto por un temor, más superficial, a la propia excitación, el cual, bloqueando el curso natural de la excitación, adquiere un carácter doloroso. Los pacientes de este tipo temen, por ello, el placer final. Cuando se hallan excitados sexualmente, sienten el anhelo de una experiencia "dramática", pero al mismo tiempo la temen.

Esto ocurre en pacientes en los cuales el pensamiento de que "la excitación es peligrosa" es resultado del recuerdo de traumas sexuales infantiles, ya se trate de escenas primarias o de episodios reales de seducción. La sintomatología de estos pacientes revela una condensación de retornos de los conflictos instintivos reprimidos y repeticiones de los traumas, estructurada de acuerdo con el tipo 3 de repetición.

Los pacientes que padecen estas neurosis se hallan en peor situación que los que sufren de neurosis traumáticas agudas, a causa del carácter fisiológico de la excitación sexual. Si alguien ha sufrido un trauma externo —un accidente automovilístico, pongamos por caso— soñará, por algún tiempo, con el accidente, será incapaz de subir a un automóvil, se pondrá a temblar a la vista de un automóvil, etc. Esto continuará así hasta que se descargue la cantidad de excitación que no ha sido controlada. Después de un tiempo cesan los síntomas. Pero si el trauma ha sido de naturaleza tal que ha inducido al yo a la conclusión de que "la excitación sexual es peligrosa" (o más bien, en forma más específica, "la pérdida del yo en el momento culminante de la excitación sexual es peligrosa") este juicio hace que el yo obstaculice, todas las veces, el curso normal de la excitación sexual. Esto hace que la excitación se desplace del aparato genital al sistema nervioso vegetativo, lo cual es sentido como dolor (ansiedad) y confirma nuevamente la errónea idea del yo acerca del peligro de la excitación sexual. El hecho de que la excitación sexual es constantemente renovada en sus fuentes físicas, no permite nunca la remisión de una neurosis de este tipo. El paciente ha entrado en un círculo vicioso. El "control tardío" que se proponen las repeticiones no es logrado nunca, ya que todo intento de alcanzarlo acarrea una nueva experiencia traumática. Es como si una persona que ha sufrido un accidente automovilístico y quiere subir nuevamente a un automóvil, tuviera que pasar por un nuevo accidente cada vez que lo intenta.

Algunos tipos de miedo enfermizo a la muerte resultan ser, en realidad, cuando se los analiza, un temor al orgasmo, una vez que la idea de orgasmo se ha convertido en la idea de un trauma (véase pág. 242).

Hasta cierto punto, todas las neurosis de escena primaria son de este tipo. La escena primaria ha crecido en los pacientes el temor a la excitación sexual. El miedo convierte la excitación en sensaciones dolorosas. El hecho de experimentar estas sensaciones es sentido como una repetición de la escena primaria. Esto se complica por el hecho de que las repeticiones de la escena primaria son también buscadas, en la misma forma en que son buscadas, en la neurosis traumática, las repeticiones del trauma.

Algunos neuróticos producen la impresión de estar bregando vanamente, a través de toda su vida, por lograr un tardío control de las impresiones de una escena primaria. Una escena primaria percibida en forma sádica puede hacer cambiar todo el sentido del mundo para una persona, en forma tal que quedará vacilando entre la espera temerosa de la repetición del hecho traumático y la realización de éste por sí mismo. La traumática experiencia no sólo da comienzo a una especie de desdibujada neurosis traumática, sino que simultáneamente aumenta la disposición a las psiconeurosis, ya que el recuerdo del trauma refuerza el efecto de todas las prohibiciones y frustraciones sexuales posteriores. (A la inversa, las prohibiciones y frustraciones que preceden a una escena primaria también pueden hacer que ésta adquiera un carácter traumático especial.)

En cuanto a la cuestión de cuáles son los componentes sexuales especialmente implicados en una neurosis de esta índole, parece que puede intervenir en la misma cualquiera de los instintos parciales. Sólo algunos de éstos, sin embargo, son los que predominan habitualmente. Ya hemos hablado del papel desempeñado por el erotismo de las sensaciones del equilibrio en el miedo a la propia excitación (véase págs. 235 y sigs.), así como del papel que corresponde al erotismo muscular cuando el recuerdo de la escena primaria ha sido perpetuado por un tic (996) (véase pág. 389). En el hombre, el temor de que el yo se vea arrollado es, por cierto, más intenso si existen, en el primer plano, deseos pasivo-femeninos. Al mismo resultado puede conducir, en ambos sexos, la existencia de pulsiones sádicas. En los traumatofílicos, las excitaciones sexuales y agresivas se hallan siempre entretrejidas de una manera inextricable.

Lo que es válido para la sexualidad lo es también para la agresión. También la agresión, si es gratificada, deja de estancarse. Pero si la emoción de rabia es temida como tal y bloqueada, se crea un círculo vicioso, del mismo modo que en el caso de la sexualidad bloqueada.

Las personas que tienden al "acting out" en la realidad, que hacen uso de los objetos externos como meros instrumentos mediante los cuales pueden procurarse alivio a las propias tensiones internas, pertenecen muy a menudo al tipo traumatofílico. Sus actos corresponden a las repeticiones de un neurótico traumático. La búsqueda empeñosa de experiencias destinadas a rechazar un peligro, o bien a lograr o a reforzar una protección necesaria, puede tener por finalidad, al mismo tiempo, la descarga tardía de una excitación abrumadora. Debajo de la intolerancia a las tensiones, característica en estas personas, puede haber traumas de una época temprana. El recuerdo de los traumas sufridos origina en estas personas el temor de que toda tensión sea la señal de un nuevo trauma. Tienen la sensación de ser míseras criaturas, expuestas, sin defensa, a un mundo terrible, que no hace más que amontonar sobre ellos experiencias traumáticas. El único auxilio a que pueden recurrir es el de tratar de anticipar activamente, una y otra vez, y en una escala reducida, aquello mismo que temen. Esto conduce habitualmente al fracaso a causa del círculo vicioso más arriba descrito.

Algunos psicoterapeutas parecen ser del mismo tipo que estos pacientes. El hecho de trabajar con pacientes representa, de su parte, un intento de entenderse con el inconsciente, activamente y "en una escala limitada", ya que sufren del temor de verse arrollados por su propio inconsciente, en forma pasiva e intensa. En sus tratamientos, prefieren los accesos emocionales y las escenas dramáticas, y en la teoría son partidarios de la "abreacción" y tienen poca simpatía al método de la "elaboración analítica". Al igual que toda otra recompensa inconsciente que el psicoterapeuta obtiene indebidamente de su trabajo, este beneficio hace nula su labor objetiva, o por lo menos reduce su eficacia.

En cuanto a la terapia se refiere, las neurosis de este tipo se hallan más cerca de las psiconeurosis que de las neurosis traumáticas. (Queda por ver, sin embargo, a qué porcentaje ascienden las neurosis llamadas traumáticas que en realidad pertenecen a esta categoría.) Conformarse con esperar una cura espontánea sería en vano. El "control tardío" es absolutamente imposibilitado por la intervención del yo defensivo. Y la intervención de éste se debe a su aprensión a un desastre. El psicoanálisis tiene que anular la defensa, tiene que hacer posible la vinculación entre las fuerzas instintivas hasta aquí excluidas y el resto de la personalidad. La pérdida placentera del yo en una experiencia sexual exitosa es la mejor de las garantías posibles de lograr el control de cualquier excitación que haya quedado sin controlar, desde la infancia, por causa de experiencias dolorosas de pérdida del yo. Dado que estas personas presentan la misma intolerancia a la tensión que los pacientes con impulsos mórbidos, el logro de esta "anulación de la defensa" resulta tan difícil como en este último caso. A veces es necesario modificar, para ello, la técnica clásica. En principio, el psicoanálisis actúa, sin embargo, del mismo modo que en las psiconeurosis simples. Después de todo, las psiconeurosis simples no difieren tanto de estas combinaciones, ya que toda defensa contra los instintos es llevada a cabo por motivos de angustia, y la angustia es, en esencia, el empeño, de parte del yo, de evitar experiencias traumáticas.

F. EVOLUCION Y TERAPIA DE LAS NEUROSIS

CAPÍTULO XXII

LA EVOLUCION CLINICA DE LAS NEUROSIS

CURAS ESPONTANEAS

El juego recíproco entre las defensas contra las manifestaciones neuróticas y los intentos de incluir éstas en la organización de la personalidad, es lo que determina la evolución ulterior de la neurosis. El estudio de los trastornos neuróticos del carácter nos ha ofrecido ya una impresión de la complejidad de esta interacción. Ninguna fórmula general podría contestar, de manera breve y concluyente, por qué ciertas neurosis tienden a la curación espontánea, a la mejoría o al estancamiento, mientras que otras presentan una evolución maligna.

Hay que distinguir, en materia de curas espontáneas o mejorías, las reales de las aparentes. Una cura "real" supondría una solución del conflicto neurótico. Teóricamente, esto podría lograrse ya sea por la desaparición de los motivos que dieron lugar a la defensa, en forma tal que el instinto que era objeto de un rechazo deje de serlo, ya por el éxito de las fuerzas opuestas, en cuanto a promover la reprobación definitiva del deseo infantil por vías mejores, es decir, mediante el desplazamiento de su energía a otras pulsiones y tendencias de carácter inobjetable. Uno y otro resultado parecen, empero, imposibles, dado que, a causa de la defensa patógena, tanto los motivos de ésta como las mismas pulsiones rechazadas, se han hecho inaccesibles a un juicio razonable. Cierto es que las cosas que pudieron trastornar a un niño no pueden tener igual efecto sobre una personalidad madura, pero es el hecho mismo de un enfoque racional de la perturbación, de parte de esta personalidad madura, lo que las medidas de defensa del yo infantil han hecho imposible. ¿Existe alguna posibilidad de dejar atrás los temores patógenos de la infancia a pesar de su exclusión del yo?

En las neurosis infantiles, donde la angustia que motiva la represión no ha sido aún enteramente incorporada, esta angustia puede ser todavía rectificada por la realidad. Cuando un niño siente que cierto comportamiento instintivo —digamos, ensuciar los calzoncillos— dará lugar a una pérdida duradera del amor materno, o a cualquier otro castigo grave, esta angustia le llevará a reprimir el impulso instintivo, y esta represión podrá crear síntomas neuróticos. En un caso así, un reaseguramiento puede bastar para superar

la angustia y hacer superfluas la represión y la neurosis. La confianza en una "madre buena", y una experiencia más feliz, pueden lograr la superación de esta incipiente escisión entre instintos y personalidad. Un buen porcentaje de las neurosis infantiles desaparecen más tarde, en realidad, gracias a la confianza que el niño comienza a depositar ya sea en personas que lo rodean o en su capacidad propia. Muchas histerias de angustias infantiles —tales como el temor a la oscuridad o el miedo de estar solo— son superadas con el tiempo, tanto bajo la influencia reaseguradora del ambiente como mediante la natural maduración del niño, su progreso en la motilidad, su capacidad de control activo y la autoconfianza alcanzada. La confianza puede verse aumentada también por el cambio que se produce en la evolución de las exigencias instintivas capitales. El niño que tenía temor de ensuciar sus calzoncillos, perderá este temor cuando, por el propio desarrollo normal, los impulsos anales dejen de ser la forma general y dominante de la excitación sexual.

Hasta cierto punto, pueden producirse también progresos similares a éstos, en virtud de un reaseguramiento, en adultos "infantiles", temerosos todavía de ser castigados por los objetos externos. En el caso de personas modernas infantiles, una cura real de esta índole será imposible, pero siempre podrán producirse mejorías, en mayor o menor grado, mediante el reaseguramiento y la confianza. Las experiencias que dan lugar a tales mejorías pueden tener un carácter objetivo de reaseguramiento, pero también pueden consistir simplemente en que se den ciertas condiciones que, en función de la historia del individuo en cuestión, han adquirido el significado de un reaseguramiento. Es concebible también que en el caso de una fobia en que no era posible evitar, en la medida satisfactoria, aquello que la produce, o allí donde el conseguirlo suponga un gasto especial, el problema se resuelva por un cambio de situación (por ejemplo, cuando por razones externas un enfermo con fobia a las calles de la ciudad se traslada al campo). También los rituales compulsivos que tienen un significado inconsciente de reaseguramiento pueden resultar superfluos cuando ciertos acontecimientos externos o un cambio de vida se encargan de llenar esta última función.

Pero la posibilidad de un desenlace feliz de esta índole se hace mucho menos probable cuando la angustia que ha dado lugar a la represión se ha hecho ella misma inconsciente en un grado tal que ya no puede ser contrarrestada por los acontecimientos externos.

En épocas anteriores a Freud era costumbre, entre los viejos médicos, aconsejar a las jóvenes histéricas el matrimonio, queriendo significar con ello la iniciación de relaciones sexuales. Un consejo de esta índole no podía ser eficaz, ya que las pacientes, a causa de la represión, eran incapaces de experimentar una satisfacción sexual. Es esta satisfacción —no la mera oportunidad del coito— lo que faltaba en el caso. No deja de ser correcto, sin embargo, el afirmar que, si fuera dado hallar una manera de capacitar a los histéricos para experimentar la satisfacción sexual, estos enfermos se curarían. En términos generales, una perturbación en la capacidad de satisfacción no puede ser curada empujando a las personas en cuestión a una

situación que para otras sería satisfactoria. Sin embargo, el experimentar un placer de una especie diferente puede alentar al paciente a debilitar —quizá sólo temporariamente— su actitud defensiva, a intentar nuevos cambios y a hacer posibles nuevos placeres, que a su vez podrán debilitar el vigor de la defensa. Hay una cosa que podría llamarse "cura por la seducción" o "cura por el amor", en la que se da el caso de que una experiencia nueva de placer (combinada a veces con una experiencia nueva de confianza, en el sentido del "carácter no castrador del ambiente") logra echar por tierra los muros de la represión (559). Hemos mencionado en otra parte (véase pág. 298) la posibilidad de una "cura traumática" en el caso de un rígido sistema compulsivo.

A veces una cura espontánea puede deberse, no a una disminución en la intensidad de la angustia que se opone al instinto, sino en la fuerza del mismo instinto rechazado. En las neurosis del climaterio, por ejemplo, hay casos de curas espontáneas postclimáticas (a veces combinadas, es cierto, con regresiones que pueden dar lugar a nuevos síntomas).

Los factores que hemos citado también pueden dar lugar, no a curas espontáneas completas, sino simplemente a mejorías o curas limitadas, que duran "hasta ser revocadas".

Las curaciones y mejorías espontáneas de carácter "aparente" se basan en alteraciones de la situación económica que alimenta la neurosis, sin remoción completa del conflicto subyacente. Los cambios en la forma de vida pueden hacer cambiar de diferentes maneras el equilibrio economicodinámico dentro de la personalidad, y hacer que una neurosis auténtica resulte superflua. Todas las experiencias que alteran la relación entre instinto y angustia alteran también el cuadro neurótico manifiesto (1317, 1502, 1610).

En la parte en que nos ocupamos de los factores precipitantes de las neurosis, expusimos en forma de cuadro los cambios posibles en el equilibrio entre los instintos y las angustias y sentimientos de culpa que se les oponen (véase págs. 508 y sigs.). Con sólo invertir los términos, el mismo cuadro puede servir ahora para aclarar las diferentes maneras en que las experiencias de la vida pueden hacer disminuir una neurosis declarada.

1. La situación resultante de un cambio puede representar una disminución en la fuerza de la pulsión reprimida. Puede tratarse de una disminución absoluta, como en el caso de las mejorías postclimáticas, o relativa.

Del mismo modo que toda tentación inconsciente en relación con una pulsión reprimida puede precipitar una neurosis, toda situación que excluye o limita las tentaciones relacionadas con pulsiones reprimidas, provoca una mejoría.

Una disminución relativa en la fuerza de la pulsión reprimida puede ser lograda por la creación de nuevas vías de desahogo, de cualquier género. Experiencias que posibilitan o aumentan las gratificaciones de otros instintos, especialmente los de la sexualidad adulta, producen una disminución relativa de las fuerzas reprimidas ("mejoría por la seducción"). Todo aquello que acentúa la valoración positiva de estos otros instintos, puede

producir el mismo efecto. Una irrupción favorable de actitudes rígidas es análoga a una "seducción" de esta índole. O bien las nuevas formas de desahogo no son actividades directamente instintivas, sino cualquier otra actividad sustitutiva de la pulsión reprimida, o más bien de los síntomas neuróticos que constituyeron la primera serie de actividades sustitutivas. La neurosis cede su lugar a algo diferente, una especie de (inauténtica) "sublimación", u otra neurosis "secundaria" o "artificial". En la práctica, la mayoría de las curas y mejorías espontáneas pertenecen a esta categoría.

Algo por el estilo ocurre, ante todo, en todos los casos en que una neurosis infantil es superada por la creación de actitudes caracterológicas rígidas. Estas actitudes implican un empobrecimiento del yo y por lo tanto pueden denominarse neuróticas. Pero pueden ser menos evidentes y menos perturbadoras que la neurosis primaria.

Las condiciones de vida pueden configurar una situación que dinámicamente haga las veces de una "neurosis secundaria", con lo que la neurosis primaria resulta superflua. A esta clase pertenecen los neuróticos que se ponen bien cuando se enferman físicamente o cuando son víctimas de una desgracia real, porque el hecho de sufrimiento y la desgracia invisten el significado de castigo que hasta ese momento correspondía a la neurosis. Pero los sustitutos no tienen que ser forzosamente dolorosos. Las curaciones por la sublimación, en los *hobbys*, o la autocuración que se produce en los artistas neuróticos mediante el trabajo de creación, se producen también gracias al hecho de abrir cauces a las actividades de carácter sustitutivo.

2. Un incremento de las "fuerzas rechazantes" puede conducir a la victoria transitoria del yo, si llega a imponer una supresión más enérgica y eficaz. La intensificación de la angustia o el sentimiento de culpa puede ser directa o indirecta (véase págs. 510 y sig.). Su efecto es semejante al de un mandato hipnótico dirigido contra los síntomas. Una mejoría de esta clase tiene un efecto tan limitado como lo es el de un mandato hipnótico. Tarde o temprano, una coerción más intensa será seguida de una rebelión más acentuada.

Un temor externo puede producir un alivio del sentimiento interno de culpa. Los neuróticos obsesivos pueden mejorar si dan con un patrono severo o a consecuencia de experiencias atemorizantes de cualquier índole.

3. Muchas mejorías espontáneas se deben, sin embargo, a una disminución de las fuerzas represoras, lo suficiente como para disminuir la lucha defensiva, en su conjunto, a un nivel tal que ya no produce ninguna perturbación. Las experiencias que objetiva o subjetivamente tienen efecto de reaseguramiento o tienden de algún modo a demostrar la falta de base de las amenazas que tuvieron validez en el pasado, aseguran una directa disminución de la angustia. La sensación de haber expiado cualquier daño que uno pueda haber causado, el cumplimiento de las exigencias que plantean los ideales del yo o la incorporación de nuevas normas de conducta (cuando éstas convierten en inofensivo algo que hasta entonces parecía lo contrario) representan otros tantos motivos de disminución del sentimiento de culpa.

En el caso de un creyente católico, la confesión puede producir, por cierto, la curación de una neurosis, o una mejoría. La angustia y los sentimientos de culpa pueden ser disminuidos indirectamente por el logro de amor, especialmente si este "amor" es sentido como un suministro narcisístico normalizador de la autoestima.

El perdón puede procurar alivio a los sentimientos de culpa. Los neuróticos obsesivos pueden mejorar si dan con un patrono bondadoso, o mediante una experiencia cualquiera de carácter reasegurador. Muchas "curas" espontáneas se basan en alguna forma de permiso de volver al tipo pasivorreceptivo de control, y dejar que otros asuman la responsabilidad. Abraham relató una cura espontánea de esta clase, muy impresionante. Se trataba de un impostor (29) que se curó cuando una mujer de tipo maternal se enamoró de él, lo cual satisfizo sus deseos edípicos. En otros casos, el amor logrado es de carácter impersonal, el amor a Dios, o el becho de "pertenecer" a una unidad mayor, lo cual permite renunciar a la actividad y la responsabilidad, en procura de la protección que otorga el mágico poder de la "fe" (654).

En lugar del logro de amor, puede tratarse del logro de prestigio, poder, autoconfianza, o de circunstancias de la vida que permiten evitar situaciones fóbicas o que implican la provisión de rituales de reaseguramiento. Paradójicamente, hasta los fracasos y las experiencias que representan una pérdida de autoconfianza pueden tener un efecto favorable si son percibidos como una autorización de entregarse a anhelos pasivorreceptivos.

4. Finalmente, incluso una intensificación de las pulsiones reprimidas podría tal vez producir una mejoría, si esa intensificación fuera tan intensa como para provocar el colapso de las contratexis en su totalidad. Los impulsos liberados responderían, entonces, como los impulsos liberados de la represión por el psicoanálisis: se refundirían en la madurez de la personalidad total, de la que estuvieron aislados, y perderían su carácter infantil. En la práctica, las mejorías de esta índole coinciden siempre con las "mejorías por seducción" de que nos hemos ocupado en el inciso 1.

La eficacia de todas estas influencias depende, por supuesto, de la situación dinamicoeconómica integral. Los mismos hechos externos, al provocar un cambio de equilibrio de los conflictos, tanto pueden promover una exacerbación como una mejoría, según sean los factores económicos. A la diferente estructura dinamicoeconómica se debe también el hecho de que, si bien se producen curaciones espontáneas y mejorías en todos los tipos de neurosis, la frecuencia con que se producen varía de una neurosis a otra. Son más frecuentes, en efecto, en las histerias móviles que en las neurosis obsesivas y del carácter, que son fijas. El efecto curativo de una actitud pasivorreceptiva puede ser contrarrestado por los sentimientos de culpa y los conflictos secundarios que estos últimos provocan.

NEUROSIS ESTACIONARIAS

El hecho de que algunas neurosis se estacionan a cierta altura de su desarrollo puede deberse a las mismas circunstancias que en otros casos provocan un restablecimiento. Los cambios favorables en la relación dinámica

entre los impulsos reprimidos y la angustia son suficientes para controlar el apremio instintivo ulterior —que surgiendo constantemente de sus fuentes físicas, dan lugar a un estancamiento cada vez mayor—, pero no son suficientes para anular el daño ya causado hasta ese momento.

La detención en el desarrollo de una neurosis ha sido comparada al fenómeno de secuestro de un cuerpo extraño (en un sentido anátomo-patológico) (véase pág. 515). Este resultado representa una defensa del yo contra los síntomas, mediante el aislamiento.

Ejemplo de "secuestro" de este tipo es la proyección exitosa del peligro instintivo sobre una situación externa, en la histeria de angustia. También la *belle indifférence* de los histéricos, o el caso del neurótico obsesivo que se siente relativamente sin molestias mientras cumple determinados rituales, el del hombre que logra convertir una esquizofrenia paranoide en una paranoia sistematizada o el del ciclo-tímico que se siente normal en los intervalos entre sus accesos depresivos o maníacos.

En las neurosis de carácter la lucha entre impulsos y angustia puede hacerse estacionaria y rígida. En lugar de una "guerra móvil", se libra una "guerra de posiciones". El paciente, en tal caso, puede fatigarse fácilmente y padecer una "inhibición general a causa del empobrecimiento general" (618), pero se conserva relativamente intacto en todos los demás aspectos. El hecho de que una neurosis progrese o se estacione no se decide de una vez por todas. Es cosa más bien relativa. Una neurosis que ha estado relativamente estacionada por cierto tiempo puede hacerse nuevamente progresiva. No sólo pueden ocurrir, en una neurosis, una curación o una detención espontánea, sino que pueden producirse también agravaciones y avances bajo la influencia de acontecimientos externos. Y los mismos factores dinámicoeconómicos que deciden si una perturbación del equilibrio, de causa externa, tendrá un efecto de mejoría o de agravación, son los que deciden también el avance o la detención de una neurosis.

Mejoría y agravación, detención y avance, son conceptos relativos. En algunos casos depende del punto de vista que se aplica el que una alteración, provocada externamente en una neurosis, haya de incluirse en una categoría o en otra. Algunos cambios cualitativos pueden constituir una mejoría en un sentido y una agravación en otro. Ya hemos citado, como ejemplo de esto, el reemplazo de una histeria de angustia por una perturbación del carácter (1274). De una manera análoga, los cambios externos pueden hacer variar el cuadro sintomático. Las neurosis obsesivas tienen frecuentemente un "núcleo histérico" que es históricamente más antiguo (599). Los rituales, especialmente, pueden haber reemplazado fobias anteriores. Si la rigidez de la estructura compulsiva es posteriormente eliminada, los rasgos histéricos pueden volver a primer plano. Aun cuando éste no sea el caso, una neurosis obsesiva que pierde su "equilibrio neurótico", puede convertirse en una neurosis de angustia o una "órgano-neurosis" vegetativa. Más interesantes son las complicadas relaciones dinámicas entre neurosis obsesiva y órgano-neurosis por un lado, y por el otro lado los trastornos maníaco-depresivos y las esquizofrenias. Los pacientes maníaco-depresivos presentan habitualmente características compulsivas en sus intervalos libres (26), y las esquizofrenias puede ser "mantenidas artificialmente en el plano de una neurosis

obsesiva" (véase pág. 505) o mantenidas a raya mediante síntomas órgano-neuróticos (véase págs. 294 y sig.). Vale decir que las personas con disposición a usar mecanismos psicóticos pueden todavía estar en condiciones de resolver cierta porción cuantitativa de su conflicto mental por vía neurótica. Si la vida trae una intensificación de esta cantidad de conflictos, estas personas crearán mecanismos psicóticos, y volverán a ser neuróticos si la intensidad de los conflictos disminuye.

Existe todavía una relación más entre trastornos maníaco-depresivos y neurosis impulsivas. Los impulsos patológicos sirven de defensa contra la depresión (y equivalente a ella). Si por razón de causas externas o internas resultan insuficientes, la depresión se hace manifiesta.

Todas las neurosis tienen altibajos espontáneos. El psicoanálisis de los factores precipitantes de las alteraciones espontáneas ofrece un importante material acerca de la naturaleza del conflicto inconsciente.

NEUROSIS PROGRESIVAS

Hay casos en los cuales no se observan estos felices resultados: son malignamente progresivos. Los instintos brotan de fuentes somáticas, y cuando no se logra una descarga adecuada, el estancamiento aumenta cada vez más. Los derivados no ofrecen nunca una descarga completa, no hacen sino postergar la catástrofe. En las fobias, las condiciones a las cuales está sometido el paciente adquiere una importancia cada vez mayor. Los síntomas compulsivos van adquiriendo un significado instintivo creciente, y las dudas y ambivalencias aumentan hasta un punto tal en que ya no es posible tomar ninguna decisión. En los "estados compulsivos finales" la personalidad parece estar totalmente consumida por el antagonismo entre instintos y conciencia (109, 1292). Hay también "estados fóbicos finales" en los que todas las actividades de la vida están bloqueadas. Una forma especial de progresividad puede observarse en las mezclas de psiconeurosis y neurosis traumáticas (431).

Neurosis que se han mantenido estacionarias durante cierto tiempo pueden, repentinamente, hacerse nuevamente progresivas. Los mismos factores que precipitan la primera eclosión de una neurosis (véase págs. 507 y sig.) pueden precipitar una segunda aparición de la misma. Estos tipos de segundo "derrumbe nervioso", que pueden producir, por ejemplo, repentinamente accesos de angustia en personas que anteriormente habían logrado ligar sus "tendencias a la angustia", o que convierten una rígida "neurosis del carácter" en una "neurosis sintomática" o móvil, o un equilibrio compulsivo "anemotivo" (*unemotional*) en incontrolables ataques de carácter vegetativo, pueden ser muy dolorosos para el paciente. Desde el punto de vista terapéutico son favorables.

CAPÍTULO XXIII

TERAPIA Y PROFILAXIS DE LAS NEUROSIS

P S I C O T E R A P I A

De muchas maneras se pueden tratar las neurosis, pero hay una sola manera de entenderlas. Gran parte de los ataques dirigidos a los psicoanalistas se basan en la idea de que éstos giran siempre alrededor de sus propias premisas. En esto no hay nada de verdad. Hay muchas razones por las cuales un tratamiento no psicoanalítico puede resultar preferible a un tratamiento psicoanalítico. Pero es verdad que los psicoanalistas creen que sólo la ciencia psicoanalítica tiene noción de lo que ocurre en las neurosis, y que sólo hay una teoría que puede ofrecer una explicación científica de la eficacia de *todas* las psicoterapias.

La psicoterapia no analítica le da al analista la impresión de una aplicación del conocimiento psicoanalítico, tal como podría serlo una psicología psicoanalítica de la propaganda o del anuncio comercial. Esa psicoterapia no ha sido aún estudiada sistemáticamente (cfr. 1281) y todavía tiene mucho de intuición. Esta aplicación del conocimiento psicoanalítico, por lo tanto, resulta más difícil, y por cierto más problemática en sus resultados que el uso *lege artis* de la terapia psicoanalítica. Por eso Simmel reclamó, ya hace mucho, que todo psicoterapeuta, sea cualquiera el método que se proponga aplicar, tuviera una formación psicoanalítica completa (1439).

En el caso de las neurosis traumáticas, ya hemos visto que la psicoterapia puede y debiera imitar los dos métodos espontáneos de recuperación, proporcionando las oportunidades de descarga tardía y ofreciendo al mismo tiempo sugerencias que signifiquen reaseguramiento, descanso y tranquilización, y que lo que debe hacerse es hallar la manera correcta de combinar los dos métodos (véase pág. 152). Algo semejante puede decirse acerca de los sucesos que producen un efecto trastornador agudo y más o menos "traumático" en la vida de las personas normales. Una persona normal que sufre una pérdida de amor, o un fracaso, o cualquier cambio en su forma de vida, o cualquier tipo de mudanza, tiene que adaptarse a las nuevas condiciones. Mientras va realizando un "trabajo de aprendizaje" o "trabajo de adaptación", debe admitir la existencia de la nueva y menos cómoda realidad, y combatir las tendencias a la regresión, a la interpreta-

ción errónea de la realidad, al anhelo de pasividad y dependencia, a las fantasías de realización de deseos. En tales condiciones puede ser útil *guiar* a la persona. Esto actúa de la misma manera que la terapia en las neurosis traumáticas: por un lado, podemos expresar verbalmente y aclarar las tareas que impone la realidad, y ayudar a eliminar las tendencias hacia una reacción irracional, trayéndolas al plano de la conciencia, mientras que por otro lado se pueden agregar a este tipo de ayuda algunas limitadas autorizaciones de descanso, de pequeñas regresiones y realizaciones compensatorias de deseos, que tienen un efecto de recuperación.

Sólo una pequeña cantidad de dificultades mentales tiene carácter "traumático". Hay, sin embargo, ciertos factores precipitantes de psiconeurosis y de estados de trastorno agudo no neurótico que pueden ser comparados a traumas. Una persona puede haber alcanzado, a partir de viejos conflictos infantiles, un estado de relativo equilibrio entre fuerzas represoras y reprimidas. Un cambio externo puede significar una perturbación del equilibrio, y dificultar con ello el mantenimiento de la adaptación lograda hasta ese momento.

Cuanto más cerca se halle una neurosis del extremo traumático de la conocida serie complementaria, mayores serán las probabilidades de éxito de los esfuerzos externos de apoyo a los intentos espontáneos de recuperación del equilibrio mental. Cuanto más necesaria sea, como condición de éxito, la anulación de bloqueos preexistentes, es decir, la anulación de métodos de defensa y de la creencia en la necesidad de la defensa, menor será la probabilidad de una fácil curación por vía de la psicoterapia.

Para la tarea de "guiar" se puede echar mano de las ayudas *racionales* que el psicoterapeuta tiene a su disposición. Ante todo, la sola verbalización de preocupaciones poco claras proporciona un alivio, porque un yo puede enfrentar mejor las ideas verbalizadas que las sensaciones emotivas poco claras. El hecho mismo de que un médico pierda tiempo y demuestre el interés y la simpatía que supone el prestar oído a las preocupaciones del paciente, puede constituir no sólo una "transferencia" de una situación pasada, sino un alivio muy novedoso y sustancial para personas solitarias, que carecen de amigos con quienes conversar, o para personas que hasta ese momento han sido mal comprendidas o recriminadas por sus dificultades. El proporcionar explicaciones sobre asuntos afectivos, y especialmente sobre el tema sexual, puede ayudar a dar aliento a ciertas almas agitadas. Además, si el paciente alcanza a ver relaciones existentes entre síntomas, preocupaciones o partes de su personalidad, hasta ese momento inconexas, si se le ayuda a descubrir los patrones generales de conducta detrás de cada acto concreto y si incluso descubre las relaciones de esos patrones entre sí, todo esto da a su yo, por cierto, una mayor fortaleza en relación a las fuerzas más profundas de su personalidad. (Este fortalecimiento puede ser usado, por cierto, perjudicialmente, en beneficio de la resistencia.) Algunos autores creen que una ayuda racional de esta índole ya es psicoanálisis (820, 821). En realidad, constituye a menudo el primer paso en los tratamientos psicoanalíticos, un necesario prerrequisito del tra-

bajo psicoanalítico propiamente dicho, el cual no consiste en descifrar patrones de conducta, sino en producir una alteración dinámica en las condiciones de las cuales surgieron dichos patrones patológicos.

También existen "medidas racionales" de orden fisiológico. Por razones fisiológicas, el relajamiento de los músculos tensos tiene un efecto catártico sobre la mente (334, 839, 1410) (véase pág. 286). Puede ser útil también el efecto relajante de los sedantes. La vieja prescripción de baños tibios a las personas nerviosas es acertada no sólo porque tales baños proporcionan al erotismo cutáneo una estimulación placentera y representan una "expiación", sino también porque producen una vasodilatación periférica, que contrarresta la tensión central que padecen todos los neuróticos. La eficacia de estos métodos racionales puede ser acrecentada mediante consejos que se le darán al paciente y que lo guiarán en el sentido de mantenerse alejado de situaciones de tentación o excitación innecesarias o lo irán empujando hacia situaciones de reaseguramiento.

La eficacia de todos estos métodos racionales es muy limitada. Cuanto más agudo sea el carácter de una dificultad y cuanto menos tenga de verdadera neurosis (por el hecho de significar primariamente un problema de adaptación inmediata) mayor será la probabilidad de éxito de los métodos racionales. Pero si la dificultad representa una reactivación de antiguos conflictos y de patrones neuróticos latentes, la eficacia de los métodos racionales quedará reducida, sobre poco más o menos, al significado de seductoras recompensas que podrán ser aplicadas a asegurar la aparición de sentimientos transferenciales positivos.

La base de toda psiconeurosis es el conflicto neurótico. Únicamente una alteración de las relaciones dinámicas de los elementos constituyentes de este conflicto puede alterar la neurosis. En principio, esto podría hacerse de dos maneras: ya sea aumentando o anulando la defensa. Una acentuación de la defensa puede permitir el intento de reprimir nuevamente toda la neurosis, como un derivado de lo que fue rechazado anteriormente. Una anulación de la defensa pondría fin, por supuesto, a todo el conflicto.

El primer tipo de "terapia" está representado por la anticuada sugestión hipnótica, método en el cual el médico, con su autoridad, prohíbe al paciente la producción de síntomas. Se puede intentar también el mismo efecto temporario con técnicas que aumentan la angustia del paciente y con ello sus represiones, mediante amenazas, malos tratos, castraciones simbólicas y reproches. Las medidas de esta índole se proponen inducir al paciente a "reprimir toda la neurosis".

Durante la primera guerra mundial las neurosis de guerra fueron tratadas en Alemania y en Austria con shocks eléctricos muy dolorosos. Los pacientes, por ello, temían el dolor del shock más que ninguna otra cosa, y hacían una "fuga hacia la salud" como mal menor. Simmel citó una vez el informe de un caso descrito por un hipnotizador, el cual manifestaba que cierto paciente no pudo ser hipnotizado "a pesar de una violenta presión sobre los testículos" (1439). Hay también otros recursos psicoterapéuticos, menos drásticos, que consisten en combinar, en la mente del

paciente, la idea de los síntomas con asociaciones dolorosas, con lo cual se lograría que el paciente abandone, es decir, reprima, sus síntomas.

Mediante una "represión de los síntomas", la presión de lo reprimido necesariamente irá en aumento, y tarde o temprano se formarán nuevos síntomas. Puede suceder, sin embargo, que los nuevos síntomas se limiten al hecho de que el paciente se hace más temeroso, más introvertido, más rígido, más dependiente del médico (consciente o inconscientemente). En una palabra, el paciente crea en este caso una "neurosis sustitutiva" en lugar de la neurosis originaria. De esta manera, el tratamiento mediante el "aumento de represión" se habría convertido en un tratamiento mediante la "creación de nuevos derivados", procedimiento éste del cual nos vamos a ocupar más adelante (véase págs. 619 y sigs.).

El segundo tipo de tratamiento —el que se realiza mediante la anulación total de la represión— está representado por el psicoanálisis, en el cual la anulación de la represión permite a las pulsiones sexuales infantiles participar en el desarrollo de la personalidad y convertirse en sexualidad adulta posible de satisfacer.

Aparentemente, estos dos métodos son rigurosamente contradictorios, pero en realidad existen numerosas transacciones entre los mismos, en el sentido de que la anulación de una represión puede ser utilizada para la intensificación de alguna otra represión, o la intensificación de una represión específica puede dar por resultado la creación, en otro punto, de derivados menos deformados. Variantes diversas de este género han sido objeto de nuestra atención como causas de restablecimiento o mejorías espontáneas (véase págs. 609 y sigs.). Casi todas las formas de psicoterapia tienen este carácter de compromiso y constituyen una imitación artificial de las mejorías espontáneas.

El uso de la descarga parcial de un derivado para asegurar la represión del resto, se produce también en síntomas neuróticos espontáneos y actitudes caracterológicas, especialmente en los síntomas perversos.

A menudo se puede ver actuando el principio en que se basan estas psicoterapias, en el curso de un tratamiento psicoanalítico, cuando se producen mejorías antes de haberse logrado provocar un cambio en forma realmente psicoanalítica. Lo que entonces sucede es lo siguiente:

a) una visión mejor, adquirida gracias a una interpretación exitosa, es utilizada por el paciente en beneficio de la defensa, es decir, para el refuerzo de las demás represiones;

b) la relación afectiva del paciente con el analista (su "transferencia") altera la relación dinámica entre impulsos y angustia, haciendo que el analista sea sentido ya como una fuerza amenazadora o ya como una fuerza reaseguradora y de perdón.

La mayor parte de las psicoterapias ofrecen al paciente ciertas oportunidades de descarga, las cuales son aceptadas como sustitutos de los sínto-

mas espontáneos, ya sea porque realmente procuran un alivio a los conflictos del paciente, disminuyen su presión interna y permiten el refuerzo de la represión en otras partes del aparato psíquico o porque inconscientemente el paciente teme, de parte del médico, medidas de venganza o espera recompensas.

Glover escribió una vez un artículo muy interesante en el que investigaba las diferentes formas en que actúan, sobre la mente del paciente, las interpretaciones incompletas o incorrectas, así como también de otras técnicas psicoterapéuticas (690, y cfr. también 687). Su respuesta era que estos procedimientos ofrecen síntomas sustitutivos artificiales, que pueden hacer superfluos los síntomas espontáneos. En realidad, muchas de las medidas psicoterapéuticas tienen semejanzas con los síntomas neuróticos, y —en parte reiterando, y en parte complementando lo que dice Glover— se puede afirmar que los ejercicios, los baños y otras medidas de orden físico que se prescriben a los neuróticos pueden ser consideradas como “conversiones artificiales”, es decir que, en la medida en que tienen éxito, en realidad sirven ahora, en la vida del paciente; como una expresión “conversiva” de sus conflictos. Las prohibiciones de toda índole —prescindir del alcohol, del tabaco, etc.— representan “fobias artificiales”. Los consejos minuciosos respecto a la conducta en la vida o las dietas representan “compulsiones artificiales”, y esto es más cierto aún con respecto a la prescripción de rituales curativos, como en el caso de las oraciones de la *Christian Science*¹, o con respecto a las penitencias que impone el sacerdote en la confesión, o las fórmulas mágicas de “autosugestión”, que constituyen una imitación artificial de la magia verbal que tantos neuróticos emplean espontáneamente en la defensa contra los síntomas (28, 889). Hay muchos consejos dados por médicos que, al ser aceptados por un paciente compulsivo, hacen las veces de síntoma compulsivo con significado de penitencia. Los baños, por ejemplo, han sido utilizados desde tiempos muy antiguos como purgación y expiación, a causa de que “lavan” la suciedad del pecado. Con la obediencia al médico, el paciente compra la protección de su superyó. La terapia ocupacional (754 y cfr. también 1440), en la medida en que la ocupación, el deporte o el “hobby” que se aconseja al paciente es placentero, puede representar, más que una “obsesión artificial”, una “neurosis impulsiva artificial”, o incluso una especie de “perversión artificial”. Si el psicoterapeuta es especialmente bondadoso, o especialmente severo, crea una “dependencia pasivorreceptiva artificial”, y en determinadas circunstancias un “masoquismo artificial”, que puede llevar al paciente incluso a reaccionar favorablemente a la actitud de un médico que atribuye su propio fracaso a la “falta de un deseo de ser curado”, de parte del paciente. El tratamiento mismo puede adquirir el significado de un ritual expiatorio que hace superflua la neurosis (1446). La forma extrema de “dependencia pasivorreceptiva artificial” es alcanzada en la hipnosis, donde el “rapport” entre paciente y médico constituye por sí mismo una

¹ Secta u organización religiosa, entre cuyos adeptos se practica la cura por las oraciones y la fe. (T.)

neurosis sustitutiva, que podría llamarse “infantilismo artificial”. La prescripción de drogas, en la medida en que el paciente cree que las “cosas malas” de su interior pueden ser neutralizadas por “cosas buenas”, hace las veces de una especie de “paranoia artificial” (12).

La eficacia de los métodos terapéuticos de este género depende de que el sustituto ofrecido convenga o no a la estructura dinámica del paciente. Esto depende, en primer lugar, del tipo de paciente: un histérico no puede aceptar “compulsiones artificiales”, ni las “conversiones artificiales” serán aceptadas por un neurótico obsesivo. Pero además de esto, el sustituto deberá ser placentero, es decir, tener (1) ya sea un secreto significado sexual o ya de reaseguramiento, y poseer por ello un atractivo mayor del que tuvo el síntoma espontáneo. Es evidente, por ejemplo, el secreto significado sexual de los deportes, los “hobbys” y la hidrotcrapia (555), y algo menos evidente cuando se trata de un placer que era inaccesible hasta el momento en que es autorizado por el médico, y permite una descarga sustitutiva. En este caso se hallan los juegos, la representación teatral, los “hobbies”, los libros, que pueden ser seleccionados de acuerdo con las necesidades emocionales del paciente (1141). Tras de las autorizaciones de esta índole, así como de otras satisfacciones transferenceales, puede haber un secreto efecto de reaseguramiento. En circunstancias adecuadas, este efecto será mayor si se trata de un paciente que ha estado considerando sus síntomas neuróticos como un sufrimiento (merecido o no) y acepta este placer como una “compensación” a la que se siente con derecho, o como una señal de perdón que pone fin a su afán de venganza. (2) El significado secreto del sustituto debe ser, sin embargo, lo bastante alejado del significado instintivo original del síntoma como para resultar aceptable. El sustituto deberá reunir las mismas condiciones que ha de tener una sugestión que se hace a una persona “aburrida” (422): deberá ser bastante cercano a la idea original, de carácter censurable, como para ser atractivo, y bastante alejado de la misma como para no ser reconocido como derivado.

Un sustituto será más fácilmente aceptado si al mismo tiempo tiene grandes probabilidades de procurar un alivio desde un punto de vista racional. Las medidas “racionales” de que antes hemos hablado, capaces de subsanar dificultades agudas de la vida, pueden también procurar un alivio, y crear, en virtud de ello, sentimientos positivos hacia el terapeuta en los casos de psiconeurosis graves.

Una neurosis de transferencia es el sustituto más frecuente e importante de una neurosis espontánea. Lo que Freud quiso significar con la expresión “establecimiento de una neurosis de transferencia” era que los conflictos instintivos infantiles reprimidos hallan su expresión en la relación afectiva con el analista, y por ello ya no tienen necesidad de ninguna otra expresión, o por lo menos no necesitan tantas expresiones como antes (577, 596). En el médico se ve una reencarnación de los padres y se lo siente, por tal causa, como aquel que provee de amor y protección, o que amaga con castigos.

La misma presencia del médico puede tener en los psicodinamismos

del paciente la misma influencia que en un tiempo tuvieron sobre él las medidas educacionales de los padres, porque inconscientemente esta presencia es sentida erróneamente como una repetición de los acontecimientos de la infancia. Las mejorías obtenidas sobre esta base toman el nombre de mejorías de transferencia.

Los mecanismos de las mejorías de transferencia son iguales a aquellos que aseguran el éxito de los educadores. O bien se logra vincular, en la mente del sujeto, la idea de la persistencia de la conducta neurótica con la idea de un peligro, o la idea de una mejoría se asocia con la esperanza de una recompensa especialmente atractiva, o bien se producen al mismo tiempo las dos asociaciones (427, 1495).

Las mejorías de transferencia relacionadas con amenazas actúan del mismo modo que las amenazas de castración que originariamente condujeron al niño a reprimir ciertos impulsos. Ahora la creencia en las nuevas amenazas de castración induce al paciente a reprimir los síntomas, que son derivados de los impulsos originales reprimidos. La mejoría de transferencia del tipo de reaseguramiento se debe a que el paciente, al renunciar a su neurosis "en obsequio del médico", espera obtener una satisfacción sexual a través del aprecio y el amor del analista. El paciente necesita este aprecio y este amor, sobre todo para su seguridad y su autoestima. Hay muchos terapeutas que manifiestan una gran habilidad en la aplicación de amenazas y reaseguramientos, una cosa tras la otra, combinando de este modo los dos tipos de influencia y tratando a los pacientes con un "método de baño turco", caliente un día y al día siguiente frío. Ferenczi estudió la eficacia de este método observando a un domador de caballos (462).

Así como hay mejorías de transferencia, también hay agravaciones de transferencia. Éstas se producen no solamente en los casos en que "la transferencia se ha convertido en resistencia", es decir, los casos en que el paciente interrumpe el trabajo analítico porque se interesa solamente en satisfacer sus deseos de transferencia (449, 577), sino también allí donde una transferencia negativa acarrea una agravación de la neurosis, del mismo modo que un sentimiento negativo hacia el educador hace que un niño se vuelva desobediente. Un neurótico puede empeorar simplemente por el deseo de mortificar al analista. Si se da cuenta de esto, y del carácter de transferencia de este hecho, así como de la historia y el propósito del despecho originario, la resistencia será superada.

En ciertas circunstancias, paradójicamente, pueden producirse mejorías a causa de este deseo de mortificar al analista, como, por ejemplo, cuando un paciente se deshace de síntomas teniendo en vista al analista, no sólo en forma positiva, es decir, en su obsequio, sino también para demostrar que el analista no está en lo cierto cuando dice de él que no está curado. El despecho mismo, en este caso, se ha convertido en sustituto de la neurosis aparentemente curada, y será necesario analizarlo si se quieren evitar nuevas recaídas.

A veces sucede, incluso, que un paciente sigue enfermo luego de un análisis aparentemente prolongado y profundo. Puede suceder entonces que dé fin al análisis y recurra a algún otro terapeuta, y sea curado por éste en muy poco tiempo. Evidentemente es el caso de comparar este éxito inmediato del segundo médico con el caso de aquella madre que regañaba al menor de sus dos hijos porque había estropeado su traje: "Tu hermano lo llevó años enteros, y no pasó nada. Tú lo llevaste sólo unos meses ¡y ya lo has arruinado!" Sin embargo, el paciente no está del todo equivocado si cree que el primer médico no actuó eficazmente. Es la transferencia misma la que no fue suficientemente analizada, y por ello tampoco merece mucha fe, a la larga, la curación lograda por el segundo médico.

Los analistas saben que no sólo la esperanza de ser amado o de ser castigado son objeto de la transferencia, sino que también se transfieren esperanzas, impulsos y emociones de carácter mucho más específico. En el análisis, toda transferencia, aun allí donde ofrezca el material más valioso y pueda ser utilizada en beneficio del análisis, es en principio una resistencia, porque la indebida vinculación de las emociones pasadas con las actuales oscurece las conexiones verdaderas, y porque el paciente, interesado en la satisfacción inmediata de sus deseos transferenciales, pierde parte de su interés en superar sus resistencias. Las "mejorías de transferencia" no constituyen tampoco una excepción a esta regla, y la expresión "fuga hacia la salud" se justifica con frecuencia.

Otra cosa pasa con las psicoterapias que estimulan las conexiones erróneas de los deseos inconscientes del paciente como una manera de lograr sus éxitos terapéuticos. Estas psicoterapias no pueden permitir el desarrollo espontáneo de la transferencia para estudiar, precisamente, sus características espontáneas. Tienen que alentar todo aquello que provoque sentimientos transferenciales factibles de utilización, y paralizar todo comienzo de transferencia negativa. La dificultad consiste en que esto debe hacerse más bien sin ningún plan, por el hecho del desconocimiento de la dinámica de los conflictos del paciente, por lo menos en sus detalles. El conocimiento de esta dinámica sólo puede ser logrado a condición de permitir el desarrollo espontáneo de los sentimientos de la transferencia.

Todo aquello que en el análisis da lugar a una resistencia transferencial, puede dar ocasión a un "éxito" allí donde la transferencia no es analizada. Pero los mismos factores también pueden dar lugar a un acto transferencial desfavorable, como ser, por ejemplo, el abandono del tratamiento.

La mayoría de los terapeutas no se ajustan a un "sistema" consciente, sino más bien a la intuición propia. El médico hace conjeturas, desempeña uno u otro papel, cambia su propia conducta de acuerdo con las reacciones manifiestas del paciente, sin entenderlas. El que sea un buen "psicólogo nato" tendrá éxito, el que no lo sea, fracasará.

El terapeuta que ha estudiado psicoanálisis se hallará en una situación un poco mejor. En función de su conocimiento dinámico de los síntomas y las ocurrencias del paciente, tratará de juzgar lo que puede favorecer y lo que puede obstaculizar los éxitos en la transferencia (véase pág. 628).

Si comprende fácilmente que las mejorías de transferencia no merecen confianza; lejos de anular los conflictos patógenos de la infancia, sólo consiguen su desplazamiento y su repetición. Todo cambio en la relación afectiva con el médico, así como toda experiencia externa que induzca al paciente a un cambio de esta índole, pone en peligro el éxito total del tratamiento. Ésta fue la razón por la cual Freud renunció al empleo de la hipnosis como medio de tratamiento. Resultó que los pacientes mejorados sólo conservaban su mejoría mientras se hallaban en buenos términos con el médico (586). Se habían hecho dependientes de éste, y esta

dependencia era la condición de su mejoría. "No había sido analizada la transferencia".

Algo más revela la hipnosis acerca del carácter de las mejorías de transferencia. En la hipnosis no sólo se evidencia que la dependencia del paciente con respecto al médico, el "rapport", hace las veces de neurosis sustitutiva. También queda demostrado qué clase de "rapport" es el más eficaz: luego que Ferenczi (449, 453, 456) y Freud (606) afirmaron, por primera vez, que el lazo que une al paciente hipnotizado con el hipnotizador es un lazo libidinoso infantil, la investigación ulterior (378, 651, 673, 872, 880, 994, 995, 1048, 1081, 1234, 1370, 1378) aclaró el problema acerca de cuál es el tipo de sexualidad infantil decisivo en este caso. En el estado de "dependencia", el paciente hipnotizado ve satisfecha una sexualidad que aún no se ha diferenciado de las necesidades narcisísticas. El paciente vuelve a la fase del dominio pasivo-receptivo. Los dos primeros años de vida, en que las "omnipotentes" personas externas se han ocupado de nosotros, protegiéndonos y proveyéndonos de alimento, techo, satisfacción sexual y una nueva participación en la omnipotencia perdida, nos han dado una sensación de sentirnos más seguros dentro de una unidad mayor, si bien con cierta pérdida de la individualidad propia. Gracias a este recuerdo, todo ser humano es pasible de sentir nostalgia por un estado de esa índole todas las veces que fallan sus intentos de dominio activo. Es éste el tipo de anhelo regresivo que encuentra su satisfacción en la hipnosis.

Este anhelo regresivo no se halla desarrollado en forma igual en todas las personas. Los pacientes de tipo oral, aquellos que muestran una predisposición especial a crear depresiones, hábitos y neurosis impulsivas, son los que presentan también este anhelo en su forma más intensa.

Este mismo anhelo es el que, en los estados de frustración general, llega a intensificarse en las masas en un grado tal que adquiere un significado social, y ocupa el lugar de la tendencia al control activo de las dificultades (436).

Constituye una inveterada técnica de autoridades y educadores el responder así a los súbditos como a los niños que dependen de ellos y que imploran protección y "suministros narcisísticos": "Conseguiréis lo que os hace falta, ¡pero con una condición! Si obedecéis, obtendréis la protección y el amor que precisáis. Si no obedecéis, seréis destruidos". Los ritos de iniciación de los pueblos primitivos (y otros menos primitivos) combinan siempre las experiencias atemorizantes con una autorización solemnemente otorgada (1234). El significado es el siguiente: "Ahora podéis disfrutar del privilegio de ser adulto y de participar en nuestra sociedad, pero no olvidéis que sólo podéis hacer esto mientras prestéis obediencia a nuestras leyes; y los dolores que os infligimos deberán haceros recordar que os haremos objeto de dolores mucho mayores en caso de desobediencia". La participación en el poder es permitida, pero en forma restringida, *condicionalmente*, y tanto los súbditos como los niños, puesto que necesitan de esta participación, están contestes en adquirirla al precio de esta restricción.

Las mejorías psicoterapéuticas de transferencia pueden lograrse del mismo modo: si el paciente es un "buen chico" y no se comporta de una manera neurótica, logrará, del omnipotente médico, amor, protección y "participación". Si no obedece, deberá temer su venganza. En este sentido, el psicoterapeuta se halla en excelente compañía: los recursos que usa para su influencia son los mismos que usa Dios.

Y el psicoterapeuta de este tipo se halla, efectivamente, cerca de Dios. La medicina en general, y en particular la psicoterapia, constituyeron por mucho tiempo el dominio de los sacerdotes (1636). Y a menudo lo es aún hoy. El poder curativo de Lourdes o el de la confesión, en un católico, es todavía de orden mucho más elevado que el de la mayoría de los psicoterapeutas (156, 965). Los neuróticos, que son personas que han fracasado en cuanto se refiere al dominio activo de su contorno, siempre están, en mayor o menor grado, a la búsqueda de una protección de carácter pasivo-dependiente. Cuanto más logre dar la impresión de poseer un poder mágico, de ser aún un representante de Dios, como en un tiempo lo fueron los médicos sacerdotes, mejor podrá un terapeuta satisfacer el anhelo de ayuda mágica de sus pacientes. La Christian Science, así como otras instituciones y sectas, con sus promesas de salud y de protección mágica como recompensa de la fe y la obediencia, pueden lograr, gracias a su historia y al temor reverente que las rodea, curaciones más completas y más rápidas que las que consiguen muchos hombres de ciencia.

Eso no significa forzosamente que el éxito del terapeuta será tanto mayor cuanto más uso haga de visibles instrumentos mágicos y su conducta sea más parecida a la de un hechicero. Para la mayor parte de los pacientes de nuestra época, la magia no se halla representada necesariamente por los grandes aparatos, sino por cierto carácter de inaccesibilidad de la persona revestida de autoridad. Pero tampoco deben ser subestimados ni el poder de todos los antiguos instrumentos de impresionante magia ni el inveterado poder mágico de la fe (289, 965).

El poder mágico proyectado sobre el médico no necesita ser usado, por fuerza, directamente en forma de prohibición de los síntomas neuróticos. También puede ser utilizado, tal como se hace en la hipnosis catártica, para la anulación de ciertas represiones. Pero todo restablecimiento logrado de este modo seguirá dependiendo de la actitud pasivo-dependiente del paciente con respecto al médico. El yo del paciente, en lugar de ser capacitado para la maduración, queda definitivamente fijado en su estado de inmadurez.

Esta es la limitación decisiva del tratamiento catártico (188, 510, 731). Si las resistencias del paciente son superadas por el corto circuito del mandato hipnótico, podrá ponerse en condiciones de traer a la memoria recuerdos olvidados, y ofrecer de este modo un material importante. Pero el valor terapéutico de este conocimiento no es muy grande. Faltan, por un lado, los cambios dinámicos que produce la *elaboración* de parte del paciente de los hechos de su pasado que obligaron al yo a crear sus defensas, y por otro lado la presión de un yo maduro en el sentido de afrontar

y resolver sus conflictos. Las resistencias que han sido superadas "por la fuerza" en vez de serlo por el hecho de haber sido analizadas, volverán a presentarse.

Anteriormente se consideraba la "abreacción" como el factor terapéutico decisivo (504, 543, 554). Y es verdad que junto a toda interpretación correcta hay una liberación de emociones hasta ese momento bloqueadas. Pero por este camino no es posible lograr una eliminación duradera de la lucha defensiva. No hay duda de que el análisis consiste en el hecho de irse sumando estas descargas de derivados, pero es una acumulación gradual de las mismas lo que se requiere, porque es necesario poner al yo en condiciones de asimilar esa acumulación. No sólo deben ponerse en libertad, en un acto aislado, las energías que anteriormente estuvieron bloqueadas, sino que deben poder encontrar también su descarga, a medida que se producen, las nuevas tensiones instintivas de fuente somática. La "abreacción" es, en el análisis, una fuente de material, a veces significativo, otras veces exclusivamente al servicio de la resistencia. Representa una ocasión de demostrar al paciente la existencia y la intensidad de sus emociones, y una preparación para la labor que debe realizarse a continuación, de verdadera eficacia terapéutica, y que consiste en la elaboración analítica de aquello que salió a luz en el *acting out* del paciente. En la hipnosis, o en la narcosis, donde no se produce esta elaboración analítica ulterior, su eficacia queda limitada al alivio inmediato que cabe esperar de la expresión de emociones. Este alivio inmediato presenta su mayor intensidad en las neurosis traumáticas, es todavía intenso en las psiconeurosis de fondo más o menos traumático, y mínimo en los trastornos crónicos del carácter.

El hipnotizador se hace cargo de las funciones del superyó del paciente (y a veces, incluso, de algunas de las funciones del mismo yo), a manera de un "doble parasitario del superyó", de carácter temporario (603). En su carácter de tal, trata de anular la labor del superyó que previamente dio origen a la lucha defensiva. Un intento, muy interesante y muy promisorio, en el sentido de superar las limitaciones que, en cuanto a la eficiencia del hipnotizador, crean los factores que acabamos de ver, es el que ha realizado Erickson, quien en lugar de decir a la paciente que la educación moral que ella recibió de su difunta madre era equivocada y no debía tomarse más en consideración, le sugirió que si la madre siguiera viviendo tendría ahora otra opinión (377).

Erickson describió también otros recursos de que puede echar mano el hipnotizador a objeto de aprovechar la situación de dependencia del paciente con respecto a él, en que se halla el paciente, para crear la base de una futura independencia de éste (371, 372, 373, 374, 375, 376, 378).

Se han hecho recientemente nuevos y muy promisorios ensayos de "hipnoanálisis", es decir, de utilización de la hipnosis o de estados de semisueño químicamente inducido, no solamente para lograr "abreacciones", sino también para superar realmente los inconvenientes derivados del hecho de que el yo no encara sus conflictos, así como de la permanente dependencia del yo (673, 994, 995). No es posible predecir aún adónde conducirán estos procedimientos, por cierto promisorios. La eficacia terapéutica del "hipnoanálisis" queda, por supuesto, reducida más o menos al análisis de síntomas. Iguales esperanzas e iguales limitaciones pueden adscribirse al uso de drogas tendientes a superar las amnesias y otras resistencias. Aunque el efecto de la droga es más "objetivo" que el mandato del hipnotizador, crea igualmente un estado artificial del yo.

Muchos son los psicoterapeutas que tratan de conseguir el efecto que se proponen "mediante un incremento de la autoconfianza del paciente" (cfr. 1609). Dado que la autoconfianza disminuye generalmente la ansiedad, esto sería realmente un buen arbitrio. (Desgraciadamente, un aumento de la autoconfianza es muy difícil de lograr, sin análisis, en neuróticos que tienen sentimientos de inferioridad.) Pero una tentativa de aumentar la autoconfianza mediante la sugestión es un arma de doble filo. Si un paciente tiene autoconfianza porque el médico le dijo que la tuviera, es porque tiene más confianza al médico que a sí mismo. La autoconfianza es prestada, y se pierde nuevamente al perderse la participación en el poder del médico.

La psicoterapia, que coloca al paciente en un estado de dependencia para decirle que sea independiente, se halla en una situación muy semejante a la de la educación actual en general. La educación actual también propicia simultáneamente ideales contradictorios entre sí: la independencia activa y la sumisión pasiva. Como el pobre niño —o el pobre paciente, en el caso de la psicoterapia— sale a flote de este embrollo, es cosa que sólo él sabe.

Cuando las circunstancias son favorables, generalmente sale de ello de la siguiente manera: bajo la máscara de la independencia y la actividad (de las que conscientemente se siente muy orgulloso) el paciente disfruta inconscientemente de una situación de dependencia pasivo-receptiva. La dependencia puede ser concebida como únicamente temporaria y preparatoria de una independencia futura (anticipada en la fantasía). Ésta es la situación mental de niños y adolescentes y esto es lo que hace que tantos neuróticos tiendan a continuar siendo niños o adolescentes.

Hay muchas situaciones en la vida en que, de una manera similar a ésta que acabamos de ver, una profunda dependencia pasiva se esconde tras una aparente independencia y actividad. Muchos neuróticos, y tal vez no sólo los neuróticos, tienen del ejército una idea de esta índole. "Ser soldado" les parece ser, conscientemente, la quintaesencia de la masculinidad activa. Pero ser "soldado" quiere decir depender de superiores, ser parte de una gran máquina y ser alimentado y vestido. Cuanto más intensa es esta seguridad interior basada en la dependencia, mayor es también la decepción si las fuerzas protectoras resultan incapaces de hacer efectiva la protección (véanse págs. 146 y sigs.).

Una expresión culminante de la dependencia que usa una máscara de poder e independencia es la que se logra por los métodos de la *auto-sugestión*. Es el caso de un yo débil y pasivo que es controlado por un inmenso superyó dotado de un poder mágico. Pero este poder es prestado, e incluso usurpado (28, 889).

¿Cómo opera el "psicoanálisis profano", es decir, cómo operan todos aquellos métodos de psicoterapia que hacen uso de una limitada dosis de interpretación, ya sea "porque no van tan lejos como Freud, porque esto no siempre es necesario", ya "atacando directamente al paciente con interpretaciones profundas"? Puede hacerlo de diferentes maneras; pero si de

todos modos logran algún éxito, ello puede deberse a una combinación de los mecanismos siguientes:

1. Mejorías de transferencia, alcanzadas mediante cambios dinámicos debidos a la relación afectiva con el médico, y más o menos independientes del contenido específico de lo que el médico dice. Las mejorías de esta índole pueden ser observadas frecuentemente al comicnzo de un análisis.

2. Ayuda racional mediante la verbalización de los conflictos, o bien señalando conexiones y aconsejando al paciente en sus dificultades reales.

3. Una ayuda inespecífica consistente en dirigir la atención del paciente hacia asuntos que hasta ese momento no había considerado, es decir, en alentarle a pensar y hablar de temas prohibidos (570).

4. Una ayuda más específica, de la misma índole, es decir, una influencia realmente analítica, que, eso sí, a causa de su limitada profundidad, es usada como resistencia contra todo análisis ulterior. Frecuentemente, una mejor visión, analíticamente lograda, es usada indebidamente para el aumento de alguna otra represión. El hecho de hacer de la infancia, y no de las experiencias actuales, el centro de gravedad —cosa que algunos psicoterapeutas estimulan— puede dar lugar a una represión ulterior de las preocupaciones actuales o ilusiones acerca de ellas.

5. Todas las neurosis artificiales que se crean por obra de medidas terapéuticas no analíticas, pueden surgir también de interpretaciones limitadas e inexactas (690, 885).

No hay ninguna duda de que la comprensión psicoanalítica del modo en que operan las terapias no analíticas puede ser puesta al servicio de una sistematización planeada del procedimiento a elegir. Mientras cada una de las escuelas terapéuticas tenía su propia "teoría", los resultados eran imposibles de predecir y dependían del azar, o más bien dependían íntegramente de la capacidad intuitiva del terapeuta. Los métodos de la psicoterapia se han mantenido inalterados, por eso, desde la época de los más antiguos médicos hechiceros. Los resultados quizás no eran malos, pero no eran comprendidos y por tal razón no merecían confianza. No era posible predecir si tales resultados serían siquiera alcanzados.

Una psicoterapia breve, basada en los conocimientos psicoanalíticos, puede hacer cambiar toda esta situación. Un analista puede usar los síntomas, la historia, la conducta y las ocurrencias del paciente, para establecer un "diagnóstico dinámico" acerca de los conflictos principales del paciente, del vigor relativo de las fuerzas de represión y las reprimidas, respectivamente, del sistema de defensa y sus puntos débiles, de la rigidez o elasticidad del paciente, y de su accesibilidad en general. Este diagnóstico dinámico le permitirá predecir, con cierto grado de probabilidad, cuál será la reacción del paciente a determinadas medidas terapéuticas. Se puede estructurar un buen sistema de medidas terapéuticas mediante la combinación de diversos elementos: interpretaciones limitadas, provocación de ciertos tipos de transferencia, provisión de descargas sustitutivas cuidadosamente elegidas, cambios en el ambiente, sugerencias o prohibiciones acerca de situaciones y actividades que tienen un efecto inconsciente de tentación o de rease-

guramiento, la verbalización de los conflictos reales y consejos de higiene mental. Esto no se ha hecho todavía en gran escala, pero pueden anotarse comienzos promisorios, desde Aichhorn (33, 34, 35) y Zulliger (1639, 1641, 1646) hasta el Instituto Psicoanalítico de Chicago (55) y numerosos psiquiatras e instituciones psiquiátricas americanas (122, 297, 370, 679, 727, 787, 870, 941, 951, 964, 966, 1037, 1108, 1138, 1226, 1390, 1562).

Un ensayo, si bien limitado, de "psicoterapia breve sobre la base de los conocimientos psicoanalíticos", fue hecho en el Instituto Psicoanalítico de Berlín, así como también en el Servicio Psiquiátrico de Los Ángeles, California. En cuanto a los resultados, será necesario usar, por supuesto, un criterio mucho más moderado que el criterio a que está habituado el psicoanalista. Pero hecha esta salvedad, cabe hablar, sin ninguna duda, de una verdadera ayuda que puede proporcionarse con estos métodos. Resulta emocionante a veces cómo agradecen los pacientes el solo hecho de que el médico esté dispuesto honestamente a escucharlos y ofrecerles su ayuda. Pero otra cuestión es... la duración de los éxitos obtenidos.

La "terapia del juego" en niños neuróticos (59, 237, 300, 646, 1038, 1040, 1066, 1169, 1319, 1326, 1447, 1448 y otros), así como una terapia ocupacional bien elegida en cada caso (754, y cfr. también 1140), operan mediante "catarsis" y procurando nuevas vías de descarga, lo cual puede combinarse con interpretaciones de alcance limitado.

Cabe abrigar la esperanza de que, bajo la dura presión de las necesidades prácticas, pronto veremos desarrollarse una teoría psicoanalítica de las influencias no analíticas (569, 1114). Esto es tanto más necesario cuanto que ya diversas resistencias contra el psicoanálisis están encontrando indebido amparo bajo la insignia de la "psicoterapia breve".

De una manera enteramente diferente opera la psicoterapia cuando, en lugar de la estructura del paciente, lo que trata de cambiar es el ambiente que rodea al paciente, es decir, cuando pone en juego la "terapia situacional".

El cambio de ambiente tiene su máxima eficacia en el caso de los niños en quienes la neurosis aún no está definitivamente internalizada. Si un niño es neurótico a causa del temor que tiene a un contorno inamistoso, un cambio en este contorno cambiará también su temor y con ello sus presiones y su neurosis. A veces un cambio de ambiente puede resultar también eficaz por una vía opuesta a ésta. El ambiente puede significar para el niño una constante excitación y tentación, y la supresión de esta estimulación externa puede hacer disminuir suficientemente la intensidad de las exigencias instintivas.

Una vez que la neurosis se ha hecho más internalizada, una cura sencilla de este tipo se hace imposible. La psicoterapia es concebida a menudo como una reeducación. Pero la represión ha hecho que las consecuencias nocivas de la educación resulten inaccesibles a nuevas experiencias. Sin embargo, cabe aún la posibilidad de una reeducación cuando las consecuencias nocivas de la educación se deben, no a algo que esa educación ha hecho, sino a algo que ha omitido. En ese caso lo omitido puede intercalarse más tarde. Éste es el caso, por ejemplo, de los llamados psicópatas,

cuyas deficiencias del superyó se deben a una infancia perturbada, durante la cual nunca tuvieron ocasión ni tiempo de identificarse con figuras del tipo de "padres buenos". Aichhorn citó muchos ejemplos de psicoterapia sumamente eficaz en tales casos, basada en la idea de proveer posteriormente lo que no fue concedido en la infancia (31, 32, 33, 34, 35).

Pero también en otros tipos de neurosis puede ser útil un cambio de ambiente. En esos casos la mejoría se debe, más que a una verdadera anulación de las angustias patológicas, a la eliminación de los factores precipitantes que provocan la exacerbación, ya sea de las angustias o de las tentaciones. Puede suceder que ciertas circunstancias condicionantes de una relativa salud, circunstancias con carácter de ceremonial fóbico o compulsivo, y que de algún modo habían dejado de existir, sean halladas otra vez en un ambiente nuevo.

Una mejoría basada exclusivamente en un cambio de ambiente quedará supeditada a la efectividad de este cambio. Si el neurótico es obligado a volver a su viejo medio, se enfermará nuevamente. Por eso, una vez más, la permanencia transitoria en un establecimiento sanitario como elemento del tratamiento es de eficacia dudosa.

Sin embargo, se puede hacer que un cambio de ambiente resulte sumamente beneficioso, aplicando psicoterapia mientras el paciente se halla en el ambiente más favorable. Si el caso es estudiado en un establecimiento sanitario, y la rutina diaria del mismo es adaptada a las necesidades específicas del paciente (abreacciones, reaseguramiento, transferencia) esto puede resultar muy útil (87, 219, 261, 962, 964, 1138, 1440, 1443, 1477). En algunos tipos de enfermos un arreglo de esa índole también puede facilitar grandemente la tarea de un psicoanálisis *lege artis* (1440). La internación está ciertamente indicada cuando se trata de superar las dificultades inherentes de ciertos períodos de emergencia (ataques de depresión) o cuando los procedimientos psicoanalíticos —o de otro tipo de psicoterapia— no pueden ponerse en práctica en el ambiente habitual (adicciones, esquizofrenia, depresiones). Es forzoso admitir también que en algunos casos todo consiste en ganar tiempo. A continuación de un "derrumbe nervioso", un lapso limitado, siempre que varíen las condiciones, puede ser suficiente para hacer que el yo recobre su equilibrio perdido o un sustituto para el caso. El antiguo consejo que se da a la gente nerviosa, de "tomarse unas vacaciones", es decir, de alejarse de la situación que ha provocado la neurosis, contiene, por cierto, un elemento de acierto.

La existencia de un número abrumador de pacientes, y al mismo tiempo ciertas consideraciones de carácter teórico, han inducido a algunos autores a ensayar la *psicoterapia en grupos*. Si bien las relaciones de transferencia se hacen mucho más complejas en un grupo (las relaciones objetales de los participantes del grupo entre sí —amor, odio, celos, envidia— así como las identificaciones y las influencias de los "buenos" y "malos" ejemplos, son hechos todos que complican el cuadro), otras características psicológicas inherentes a un grupo parecen ser favorables a los propósitos psicoterapéuticos. La situación hipnótica ha sido llamada por

Freud "grupo de dos" (606), con lo que se indica que los lazos libidinosos en un grupo son similares al *rapport* hipnótico. Esta semejanza puede ser utilizada con propósitos psicoterapéuticos. El ejemplo de los demás, con los que el paciente puede identificarse, y la tendencia general a anular los derivados instintivos y las diferenciaciones mentales cuando se está en un grupo, pueden ayudar a superar las resistencias. Para la elaboración analítica, en cambio, la situación de intimidad con el médico parece ser indispensable. Se comprende, por ello, que Thomas haya dicho, resumiendo todas las tentativas de psicoterapia en grupos hechas hasta ahora, que los métodos "inspiracionales represivos" sobrepasan, con mucho, a los analíticos (1535). Cabe preguntarse si los autores que, como Schilder, creían en los efectos puramente psicoanalíticos de la psicoterapia en grupos (1388, 1390, 1393, 1394), no estaban equivocados con respecto a lo que estaban haciendo. Los métodos "inspiracionales represivos", empero, pueden ser de diversa índole. Los efectos mágicos se intensifican en presencia de muchos creyentes con los que el novicio se identifica. Muchas tentativas de esta índole han sido realizadas, desde los intentos de Pratt (1230) con enfermos tuberculosos —que datan nada menos que de 1906— a las prácticas de la Christian Science o de otras sectas, o las de las comunidades unidas por ciertas representaciones teatrales, sagradas o profanas, que les son comunes (1145), o la labor de Burrow, que trata, con su "filoanálisis", de inducir a sus pacientes a reconsiderar sus formas naturales de funcionamiento (224, 225).

TERAPIA DE SHOCK

Puesto que el presente libro contiene capítulos dedicados a los trastornos maniaco-depresivos y a la esquizofrenia, es probable que se espere que se ocupe también, siquiera en forma breve, del tratamiento de shock. No existe un acuerdo sobre la naturaleza de las fuerzas que aquí actúan. Dado que agentes de naturaleza tan diferente como la insulina, el metrazol y el shock cléctrico han demostrado ser igualmente eficaces, es probable que el efecto esté basado en la experiencia misma del *shock* más que en un factor específico determinado.

El hecho de que la insulina es más eficaz en ciertas esquizofrenias, mientras que el electroshock lo es más en los trastornos maniaco-depresivos y las melancolías involuntivas, quita algo de acierto a esta conclusión.

¿Pero qué es el shock? Ciertamente es algo que afecta al organismo tanto en lo físico como en lo mental. El autor de este libro no tiene ninguna experiencia personal en el tratamiento con shock, pero tiene experiencia personal en el análisis de médicos que aplican este tratamiento. La actitud (consciente o inconsciente) de los médicos con respecto al tratamiento era invariablemente la de "matar y hacer volver nuevamente la vida", idea que, por supuesto, provocaba diferentes emociones en persona-

lidades diferentes. Es posible que la impresión que el tratamiento produce a los médicos corresponda a una impresión que produce a los pacientes. Parece ser que también éstos sienten una especie de muerte y resurrección. "Matar a la persona enferma y crear nuevamente al paciente como persona sana", es una forma antigua de tratamiento mágico. Pero esta afirmación no dice nada sobre las modificaciones objetivas y no mágicas que pueden producirse dentro del organismo mientras el paciente está pasando por una experiencia mágica.

Los autores psicoanalistas que se han ocupado del tratamiento de shock (231, 362, 718, 724, 1046, 1212, 1392, 1431, 1518, 1554, 1560), tienen la opinión de que las alteraciones objetivas, vale decir, los cambios profundos que interesan a todas las funciones, y probablemente, en especial, al metabolismo del cuerpo (de las células del cerebro) están en relación con las ideas de muerte y resurrección. Esto es más claro en lo que se refiere a la muerte. El shock inicia probablemente una regresión considerable y profunda, una anulación de diferenciaciones, una reducción del organismo a un nivel sumamente primitivo. Esto solo no produciría ningún efecto curativo. La "resurrección" luego de la "muerte" artificial, al parecer implica más problemas y tiene una importancia mayor. A este respecto, se han propuesto dos teorías opuestas entre sí:

1. Algunos autores sostienen la opinión de que, luego de producirse la indiferenciación de la personalidad, tiene lugar un nuevo desarrollo que puede conducir a una adaptación mejor y más duradera que la del desarrollo espontáneo primitivo, especialmente si una psicoterapia simultáneamente aplicada aprovecha la oportunidad ofrecida por la sacudida que sufre el inconsciente a causa de la regresión producida por el shock (231, 1392). Esta sacudida puede deberse a un bloqueo de los impulsos corticales por el shock, lo cual pone fuera de función las inhibiciones mentales, de modo tal que los impulsos instintivos antes reprimidos pasan a primer plano, especialmente los impulsos agresivos. Algunos autores sostienen incluso que todas las etapas originales de desarrollo del yo y de la libido se repiten, una vez más, en rápida sucesión, después del shock (1431). Se cree que el trauma del shock destruye los patrones narcisísticos de protección, del paciente, y que éste puede hacer una nueva adaptación a la realidad durante la repetición de su desarrollo, en la fase de recuperación, después del shock (231).

2. Otros autores, en cambio, son más escépticos en cuanto a la readaptación. Temen efectos nocivos duraderos que produciría el shock (362, 1560). La completa diferenciación de la personalidad puede no volver a establecerse ya nunca más, y su *niveau** quedar definitivamente estancado en un nivel más bajo, caracterizado por una carencia permanente de hondura emocional y de diferenciación de los contactos personales. El efecto curativo puede estar basado en el hecho de que la adaptación se logra más fácilmente en una existencia meramente vegetativa que en una

* *Nivel*; en francés en el texto. (T.)

personalidad altamente desarrollada (362). Sullivan dio con la formulación más radical de este punto de vista al decir: "La filosofía [de la terapia de shock] significa algo así como que es preferible ser un imbécil satisfecho que un esquizofrénico" (1518). Y Eissler opina, por esto mismo, "que el tratamiento con cardiazol debería hacerse solamente, si alguna vez se hace, después de ser comprobada la absoluta ineficacia de la psicoterapia" (362).

EL PSICOANÁLISIS COMO METODO TERAPEUTICO

En agudo contraste con todos los otros tipos de psicoterapia, el psicoanálisis se propone anular realmente las defensas patógenas. Es ésta la única manera de liberar al paciente, definitivamente, de las consecuencias nocivas de sus conflictos patógenos y de poner nuevamente a su disposición las energías que hasta ese momento estuvieron trabadas por dichos conflictos. El psicoanálisis es, por esto, la única terapia *causal* de las neurosis. Su objetivo es hacer que el yo del paciente enfrente lo que anteriormente había rechazado. No se hace un uso inmediato de la transferencia para fines terapéuticos, sino que se la analiza, es decir, que se le demuestra al paciente el verdadero carácter de la misma. Aquello que anteriormente había sido excluido de la personalidad encuentra nuevamente su vinculación con ella y logra alcanzar una maduración tardía. La mayor parte de las energías instintivas hasta aquí "fijadas" en el conflicto de la defensa pueden ser descargadas, y la parte restante puede ser rechazada por métodos más apropiados (874, 1114).

Esto tiene suficiente importancia como para ser aclarado en forma más extensa, aun cuando debemos repetir algunas cosas que ya dijimos.

Las defensas patógenas, en el neurótico, conservan su eficacia gracias a que las angustias y los sentimientos de culpa, creados en cierto momento de la infancia, continúan actuando y se hallan fuera del alcance del yo razonable. Freud señaló cierta vez como la esencia de la neurosis la prolongación de las angustias más allá de la época en que tenían una función adecuada (618).

La prolongación de la creencia en un peligro que evidentemente ya no está presente, es en sí misma una consecuencia de la defensa establecida en la infancia, precisamente bajo la influencia de esa misma angustia. La angustia que condujo a la defensa se ha hecho inconsciente, junto con los impulsos objetables. No participa en la evolución del resto del yo y no es rectificadas por la experiencia posterior.

La tarea terapéutica consiste, entonces, en volver a unir al yo consciente los contenidos (tanto las angustias inconscientes del yo como los impulsos instintivos del ello) que habían sido mantenidos al margen de la conciencia mediante *contracatexis*, es decir, en abolir la acción de las *contracatexis*. Esto se hace posible por el hecho de que los impulsos rechazados producen derivados.

Si se cumple la regla básica del psicoanálisis y las tendencias intencionales del yo son, de este modo, excluidas en lo posible, estos derivados afloran a la superficie con más claridad. Cada interpretación, ya sea de una resistencia o de un impulso del ello, consiste en señalar la existencia de un derivado a la atención de la parte del yo que juzga, a despecho de la resistencia. El hecho de nombrar contenidos inconscientes que no están aún representados por derivados preconcientes, y que por ello no pueden ser reconocidos como tales, por el paciente, por el solo hecho de dirigir hacia ellos su atención, no es interpretar. El demostrar al paciente el hecho de que se defiende, cómo se defiende, por qué lo hace y contra qué está dirigida la defensa, actúa como una educación del yo defensivo para la tolerancia de derivados cada vez más libres de deformación. Al ocuparse de lo que prácticamente constituye el aspecto más importante de la interpretación —la interpretación de la resistencia de transferencia— Sterba ha demostrado cómo ella ejerce su función mediante una especie de desdoblamiento del yo en una fracción razonable y que juzga, y otra que sólo experimenta la vivencia, y cómo la primera fracción reconoce a la segunda como inapropiada para el presente y proveniente del pasado (1490, 1497, 1498). Esto conduce a una reducción de la ansiedad y por consiguiente a la producción de derivados ulteriores, menos deformados. El desdoblamiento se produce haciendo uso de la transferencia positiva y de identificaciones transitorias con el analista.

Queda por investigar cómo deben distinguirse este "desdoblamiento del yo" y esta "autoobservación", que son deseables, de la partición y autoobservación patológicas tendientes a mantener los aislamientos y que sirven para evitar la creación de derivados.

La "atmósfera analítica", que convence al paciente de que nada tiene que temer en el hecho de tolerar impulsos anteriormente rechazados, parece ser no solamente un prerrequisito de toda interpretación de la transferencia (véase pág. 44), sino que constituye también el recurso decisivo para persuadir al yo a aceptar, a título de ensayo, algo que anteriormente había rechazado.

Se ha expresado el temor de que esto podría conducir a aislar el psicoanálisis de la vida real, porque el paciente puede tener la sensación de que aquí sólo se trata de jugar con sus impulsos, mientras que en la vida real, donde la cosa va "en serio", está obligado a seguir defendiéndose de ellos (910). Esta objeción, es cierto, puede, ocasionalmente, ser bien fundada, y en estos casos esta resistencia debe ser analizada. Pero esta posibilidad no contrarresta, a buen seguro, las ventajas de la atmósfera de tolerancia. Frecuentemente el *acting out*, que estorba el enfrentamiento del yo con el material inconsciente, proporciona al analista un valioso conocimiento de la situación. Sin embargo, constituye, en principio, un peligro no menor que el de la resistencia opuesta: el de una especie de análisis teórico que habla del pasado sin notar que está aún presente.

Porque el *acting out* se vincula únicamente al presente, sin hacer que el paciente adquiera conciencia del hecho de estar dominado por su pasado (445). El análisis deberá demostrar la persistencia efectiva del pasado en el presente. Freud dijo cierta vez que cuando el paciente no habla más que de su realidad presente, el analista debe hablarle de su pasado, y debe siempre poner sobre el tapete la realidad presente cuando el paciente no hace más que relatar reminiscencias infantiles. El teorizar sobre la infancia se vincula solamente a un pasado desvineulado de la realidad presente, mientras que el *acting out* es realidad presente, donde no se ha hecho evidente, como corresponde, su indebida vinculación con el pasado.

Si bien en el análisis se usan todos los métodos disponibles para inducir al paciente a aminorar la producción de defensas (596), se obtiene el resultado deseado de una manera más eficaz y más permanente, cuanto más logre el analista abstenerse de usar otros recursos, para la eliminación de las resistencias, que el de enfrentar el yo razonable del paciente con el hecho de su resistencia y con la historia del origen de ésta (1271, 1279). Este enfrentamiento, al hacer que el paciente reconozca la parte inconsciente de su resistencia, hace también que la resistencia misma resulte superflua.

El hecho de que este enfrentamiento se hace, en lo posible, en la instancia *transferencial*, es lo que distingue al psicoanálisis de todas las otras psicoterapias. Todos los métodos psicoterapéuticos hacen uso de la transferencia, pero sólo en el psicoanálisis este uso consiste en una *interpretación* de la transferencia, es decir, en hacerla consciente. El analista consigue hacer eficaz esta interpretación al no reaccionar a ninguno de los deseos emocionales del paciente, su amor, su odio, su ansiedad, manteniéndose en el papel de un "espejo" que no hace más que mostrar al paciente lo que éste está haciendo.

El analista se niega a participar en ninguno de los actos de transferencia del paciente, porque su función es otra, incompatible con semejante participación: ser el médico, curar al paciente. El ser su "espejo" no significa desmentir esta función real. Un analista que entendiera indebidamente la regla del "espejo" en el sentido de hacerse inhumano y actuar como un autómatas, pronto iría, por supuesto, al fracaso, y con toda razón. (Cfr. sobre este punto el estudio contenido en 438).

El hecho de que los conflictos patógenos revividos en la transferencia son sentidos ahora con todo su contenido emocional, es lo que hace que la eficacia de interpretación de la transferencia exceda tanto a la de cualquier otra interpretación (46, 432, 1514).

Dado que los neuróticos son personas que en su vida instintiva inconsciente, o bien se han mantenido en un nivel infantil o han regresado a él, es decir, personas cuya sexualidad (o agresividad) ha conservado formas infantiles, podría esperarse quizás que, una vez eliminadas las defensas patógenas, podrían hacer su aparición pulsiones perversas. La práctica demuestra que no hay tal peligro. Las partes rechazadas de los instintos han conservado su carácter infantil solamente porque fueron rechazadas. Si

la defensa es anulada, aquello que fue excluido recobra su conexión con la personalidad madura y se acomoda a ella.

En el análisis del "hombre de las ratas" Freud "ilustró" este punto "refiriéndose a las reliquias dispersas en su gabinete. De hecho, no eran más que objetos hallados en un tumba, y el haberse salvado se debía al hecho de estar sepultados: la destrucción de Pompeya apenas estaba comenzando, ahora que había sido exhumada" (567).

El acontecimiento positivo de carácter capital, en la economía instintiva del adulto, es la primacía genital. La sexualidad pregenital rechazada ha estado resistiendo a esta primacía; una vez liberada de las complicaciones de la lucha defensiva, las fuerzas de la sexualidad pregenital son incluidas en la organización genital. Son primariamente las experiencias de satisfacción, hechas posibles ahora, las que, de una vez por todas, eliminan el estancamiento patógeno. Las excitaciones instintivas son procesos *periódicos*, que luego de la satisfacción desaparecen por un tiempo y sólo en forma gradual se van acumulando nuevamente. Si el individuo tiene una capacidad normal de satisfacción, el yo no tiene por qué temer que pueda encontrarse frente a una cantidad excesiva de instinto.

Las simples "abreacciones" no pueden realizar esto. Proporcionan un alivio momentáneo, pero no la eliminación de la lucha defensiva ni la liberación de la energía "fijada" en la misma. Esta subestimación relativa de la importancia terapéutica de la abreacción y de la "evaporación", en el acto de hacerse conscientes, de las excitaciones instintivas reprimidas —en contraste con la importancia del hecho de facilitar el desarrollo de una economía sexual bien regulada— disminuye el valor terapéutico relativo del simple arretrato afectivo, por muy deseable que sea en determinadas situaciones analíticas. Lo más importante es el trabajo de elaboración analítica que viene después (584). Según Rado, éste es comparable al trabajo de duelo (1235), y consiste en demostrar, una y otra vez, el impulso inconsciente —una vez reconocido— en sus múltiples formas y conexiones, y lograr de este modo la cesación de la defensa patógena.

El estudio del yo y de los mecanismos de defensa ha contribuido mucho a la sistematización y la eficacia de la terapia psicoanalítica (541). Gracias a ese estudio se ha hecho posible una regulación dinámica y económica exacta en cuanto al momento oportuno de las interpretaciones, con el consiguiente aumento de la eficacia de éstas (433, 438). Pero no pudo alterar nada en cuanto a la desventaja capital del psicoanálisis... su prolongada duración. Pero ahora sabemos, por lo menos, a qué se debe esta forzosa duración: a la necesaria educación del yo en el sentido de que pueda tolerar derivados cada vez menos deformados, hasta que la defensa patógena es anulada. Es imposible, por ejemplo, hacer valer el conocimiento que se tiene del papel desempeñado por la regresión en la neurosis obsesiva para abreviar el análisis, pasando por alto los deseos sádico-anales, a título de que al fin no son más que deformaciones, y "atacar inmediatamente el complejo de Edipo". Porque el hecho de hablar del

complejo de Edipo no afectaría para nada, dinámicamente, al paciente, mientras la catexis respectiva en realidad está desplazada y ligada a las fantasías sádico-anales. Lo mismo puede decirse de todas las resistencias. Las interpretaciones del analista deben perseguir las resistencias del paciente en todas sus ramificaciones, y desenmascararlas, en su índole y en su historia, una por una. La singularidad de cada caso, dentro de su historia particular, se opone a todo intento de abreviación.

A propósito de las tentativas de acortar el tiempo requerido por el psicoanálisis, podríamos citar una caricatura del *New Yorker*: Una pareja va en automóvil, muy de prisa, y dice la mujer: "Y por favor, nada de acortar camino hoy, ¡no tenemos tiempo!"

La abolición de las defensas hace posible también otros tipos de descarga anteriormente bloqueados. Cuantitativamente, empero, el papel que desempeñan las sublimaciones en la adaptación de la economía instintiva del ex neurótico, es menor que el de una adecuada satisfacción sexual.

Una vez comprendidos los principios terapéuticos, no es muy difícil decidir acerca de si un tratamiento determinado puede o no ser llamado psicoanálisis. Freud dijo una vez que es psicoanálisis todo tratamiento que opera mediante la anulación de las resistencia y la interpretación de las transferencias (586), es decir, todo método que hace que el yo considere sus conflictos patógenos en su plena significación emocional mediante la anulación de las fuerzas defensivas que se oponen a esto en forma de "resistencias", mediante la interpretación de derivados, y especialmente de los derivados expresados en la transferencia. Éste es el único criterio. Que el paciente esté acostado o sentado, que se usen o no determinados rituales en el procedimiento terapéutico, es cosa que poco importa. Para los psicóticos y para los niños, así como para ciertos casos caracterológicos, el método "clásico" debe ser modificado. El procedimiento mejor será aquel que ofrezca mejores condiciones para la labor analítica. Un modo de actuar "no clásico", cuando el método clásico es imposible, no deja de ser psicoanálisis. No tiene sentido hablar de un psicoanálisis "ortodoxo" y otro que "no es ortodoxo".

De qué manera se lleva a cabo realmente la labor psicoanalítica, las cuestiones que atañen a la técnica psicoanalítica y a los problemas técnicos especiales, son cosas que ciertamente no caben dentro de una *Teoría de las neurosis* (cfr. 438, 684, 855, 1422 y otros).

INDICACIONES DEL TRATAMIENTO PSICOANALITICO

El tratamiento psicoanalítico, que opera por vía de anulación de los conflictos patógenos, está indicado en todos los casos en que existen dificultades neuróticas como resultado de un conflicto neurótico. La conexión entre las manifestaciones neuróticas y el conflicto patógeno puede ser directa o indirecta.

Desde el punto de vista terapéutico, Freud subdividió las neurosis en *neurosis de transferencia* y *neurosis narcisísticas* (596). Desde el punto de vista práctico esta distinción coincide con la que se hace habitualmente entre neurosis y psicosis, pero las nuevas denominaciones destacan una circunstancia que, desde el punto de vista terapéutico, es la que tiene carácter decisivo: en las neurosis los impulsos rechazados luchan por hallar una expresión en una forma vinculada a un anhelo de objetos, es decir, producen transferencias.

Las transferencias se producen constantemente y en todas partes, pero en el tratamiento psicoanalítico esta tendencia adquiere especial relieve por dos razones. En primer lugar, la observancia de la regla básica, al excluir las motivaciones conscientes secundarias, ofrece una especial oportunidad para la formación de derivados. En segundo lugar, mientras que en la vida diaria el cuadro se complica con las reacciones de los objetos, en el análisis la conducta especial del analista hace surgir con particular relieve el carácter de la transferencia (véase pág. 44).

Los psicóticos, en cambio, al haber regresado a una fase anterior a la existencia de objetos, no tienen interés en mantener contacto con los demás, o en todo caso, la tendencia psicótica a la retracción priva de toda consistencia a sus tentativas de establecer contactos.

Siendo la interpretación de la transferencia la herramienta principal del psicoanálisis, su verdadera indicación serán las neurosis de transferencia, mientras que en las neurosis narcisísticas es, al parecer, inaplicable.

Sin embargo, esta regla de carácter general, que Freud todavía hacía suya en la *Introducción al Psicoanálisis* (596), tiene excepciones de importancia. La distinción entre los dos tipos de enfermedad no es de carácter absoluto. Los residuos de relación objetal, en los psicóticos, y los anhelos de recuperar los contactos de esta índole, pueden usarse como base para una primera influencia psicoanalítica, que, si tiene éxito, puede volver a crear gradualmente un mínimo de aptitud para la transferencia. Pero allí donde esta base falta, el psicoanálisis es inaplicable, y donde es muy reducida, obliga a una modificación de la técnica (véase págs. 501 y sigs.).

No sólo la aptitud para establecer la transferencia tiene significación, sino también el carácter de los sentimientos que son transferidos. Cuanto más cercanos son los sentimientos transferidos a las emociones normales de amor y odio, y cuanto más se aproximan los fines transferidos al fin genital normal, más fácil es la labor analítica. Cuanto más cercanas son las emociones transferidas al mundo arcaico de la "incorporación", característico del bebé, y cuanto más los fines de la transferencia son de carácter pregenital, más difícil se hace la tarea. Por esta razón, la dificultad de un análisis está en razón directa, en general, de la profundidad de la regresión patógena. Por lo tanto, aplicando los conocimientos analíticos sobre la profundidad de los puntos decisivos de fijación en las respectivas neurosis, éstas pueden clasificarse, en general, de acuerdo con su accesibilidad al análisis, en el orden siguiente:

1. *Histeria*: Cuando no existen contraindicaciones especiales, el pronóstico para el análisis es absolutamente favorable. Los casos precoces de histeria de angustia tienen las mejores probabilidades de curación.

2. *Neurosis obsesivas y neurosis de conversión pregenital*: A causa de la regresión pregenital, son de resultado más dudoso. Los casos en que la rigidez ha sido vencida, los que manifiestan ansiedad y aquellos en que han revivido los conflictos patógenos, son más favorables que aquellos en que se manifiesta un equilibrio relativamente estable y endurecido.

3. *Depresiones "neuróticas"*: Nos referimos a las de carácter leve, que todavía tienen como finalidad los objetos y a las ciclotimias. Debido al elemento oral, el análisis es más difícil en estos casos que en las neurosis obsesivas.

4. *Perturbaciones del carácter*: Las neurosis del carácter son siempre, en principio, de aproximación más difícil que las neurosis sintomáticas, a causa de la ausencia de un yo razonable y responsable que se oponga a la irrazonable neurosis, con lo que se da el caso de que el mismo yo queda incluido en la enfermedad. Pero los trastornos del carácter comprenden perturbaciones de diversos grados de intensidad y de profundidad en la regresión. A estas diferencias corresponde una considerable diversidad en las dificultades del tratamiento. Además de esto, existen diferencias en la disposición y la capacidad de cooperación, así como también en la flexibilidad o rigidez de la personalidad.

5. *Perversiones, adicciones y neurosis impulsivas*: Las neurosis de este género son comparables, en principio, a las perturbaciones graves del carácter. Sin embargo, presentan siempre una especial dificultad, en primer lugar porque el síntoma, cuando no es placentero, por lo menos promete llegar a serlo, ofreciendo con ello una nueva y grave resistencia, y en segundo lugar, a causa de la acentuada orientación pregenital, habitualmente oral.

6. *Psicosis, casos maniaco-depresivos graves y esquizofrenias*: Las organoneurosis no han sido incluidas en esta clasificación a causa de que son sumamente dispares en su estructura. Un caso de organoneurosis puede corresponder, en cuanto a categoría, a cualquiera de las otras neurosis.

Esta clasificación es solamente de carácter general. Ciertas complicaciones pueden hacer que el análisis de un histérico resulte extremadamente difícil y el de un esquizofrénico relativamente fácil. Es necesario considerar muchas otras circunstancias al hacer el pronóstico: la relación dinámica general entre las resistencias y el deseo de restablecimiento, los beneficios secundarios y el grado de flexibilidad general de la persona. Los casos agudos son siempre mejores como indicación del análisis que los crónicos, los casos más recientes, mejores que los de cierta antigüedad. Las neurosis que son percibidas como ajenas al yo son mejores que las incluidas en la personalidad total (795).

Indicaciones especiales, en las diferentes neurosis, han sido mencionadas en los capítulos respectivos.

CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO PSICOANALITICO

Ninguno de los factores que citamos a continuación constituye una contraindicación absoluta. Pero en su carácter de contraindicaciones relativas deben ser tomadas en cuenta, en cada caso, antes de decidir si conviene o no ensayar el psicoanálisis.

1. *La edad*: La edad ideal para emprender el psicoanálisis corresponde al período entre los 15 y los 40 años. Pero el análisis no es imposible, por cierto, ni antes ni después de esa edad.

La importancia de la edad se refiere al hecho de que el psicoanálisis supone que la persona que se va a tratar sea en cierta medida razonable y de cierta flexibilidad en su personalidad total. En los niños pequeños falta todavía lo primero, las personas mayores pueden haber perdido lo segundo.

Sin embargo, la razonabilidad que se requiere no es muy grande, y los niños son más inteligentes, especialmente para captar las conexiones inconscientes, de lo que habitualmente se supone. Por lo tanto, el límite inferior real, de edad, sólo puede ser el que se refiere a la capacidad de hablar (175). Sin embargo, el análisis de niños, que se ha convertido, en los últimos años, en un dominio especial de la psicoterapia (179, 253, 538, 539, 541, 826, 953, 958, 1245, 1400, 1639), tiene que adaptar su técnica a su objeto particular. Raras veces pueden obedecer los niños a la regla de la asociación libre. En reemplazo de ésta hay que usar otros métodos para la obtención del material, tales como la observación de sus juegos, sus expresiones artísticas y su comportamiento general. En el análisis de niños la transferencia tiene un papel diferente: mientras el yo no se ha afirmado definitivamente, los adultos pueden todavía participar en el proceso de su instauración, y el analista no solamente "representa el papel de la madre", sino que tiene todavía el carácter original de una segunda madre en la vida del niño (538, 539). El análisis de la transferencia, por esto, debe ser manejado de una manera diferente, e incluso puede suceder que deban combinarse con las actitudes analíticas algunas de carácter educativo. Los niños dependen de su ambiente mucho más que los adultos. Si un niño es analizado, y ha de volver luego al mismo ambiente desfavorable que dio origen a su neurosis, ésta volverá a aparecer. Vinculado a esta dependencia efectiva de los niños, tenemos, además, el otro problema que plantea el análisis infantil: que el analista tiene que manejar no sólo las resistencias del niño, sino también las resistencias de los padres (826).

El principal factor curativo en el análisis de adultos es el hecho de que, una vez eliminadas las represiones, se establece la primacía genital y las satisfacciones regulares ponen al paciente en condiciones de regular la economía de su vida instintiva. En el caso de los niños, en cambio, las posibilidades de verdadera satisfacción instintiva, en nuestra cultura, son muy limitadas (842).

Todas estas circunstancias complican el análisis de niños, si se lo compara con el de adultos, pero no por ello resulta imposible el análisis de niños.

Por el contrario, los análisis de niños son a menudo más promisorios que los de adultos, dado que la neurosis todavía está menos incorporada y los reaseguramientos pueden todavía acelerar vigorosamente el análisis. Estos análisis pueden tener también, en contraste con los análisis de adultos, un gran valor profiláctico. Los detalles pueden buscarse en la literatura especializada (cfr. 175, 179, 221, 222, 300, 539, 541, 646, 666, 715, 716; 753, 825, 826, 841, 842, 934, 935, 953, 955, 958, 1062, 1066, 1097, 1110, 1185, 1245, 1316, 1400, 1401, 1415, 1424, 1487, 1553, 1639, 1641, 1646).

En cuanto a edad avanzada, se trata de un factor que ciertamente limita la plasticidad de la personalidad, pero esta limitación es de grado variable y se presenta además a edades muy diferentes, de modo que no cabe dar una regla general al respecto. Varios autores que han abordado el análisis de personas de edad muy avanzada, informan haber obtenido notables éxitos (18, 725, 859, 951, 1025). Tratándose de análisis a una edad avanzada, resulta decisiva la situación integral del paciente. Si éste tiene posibilidades de gratificación libidinosa y narcisista, el caso parece más prometedor que cuando el análisis sólo podría conducir a la convicción de que toda la vida del paciente ha sido un fracaso, sin ofrecer ninguna oportunidad de compensación. Se puede intentar el análisis, incluso en personas de edad avanzada, cuando se trata de extirpar un síntoma específico, pero si ha de ser preciso, para lograr la curación, un cambio profundo de carácter, no hay que olvidar que las posibilidades de cambio, en personas mayores, son muy reducidas.

2. *Debilidad mental*: Siendo que el análisis consiste en hacer que el yo enfrente sus conflictos, aquellos casos en que falta la capacidad de hacer esto no pueden ser analizados. La debilidad mental es una contraindicación.

Sin embargo, tampoco esta contraindicación es absoluta. Una aparente debilidad mental puede no ser más que una "pseudodebilidad" de carácter psicogénico. El analista tiene que ser capaz, en estos casos, de modificar su técnica en forma tal de lograr un primer contacto con la persona, y usar luego este primer contacto para ampliar las posibilidades del yo (103, 173, 393, 957, 1019, 1020, 1099, 1379, 1403).

Aun en los casos de auténtica debilidad mental, donde el psicoanálisis es, por cierto, imposible, el uso dentro del tratamiento de algunas formas de procedimiento analítico, puede resultar factible y provechoso (1069).

3. *Situaciones desfavorables en la vida*: Se da el caso, aun en personas jóvenes, de tener la impresión de que un análisis exitoso hará que la persona se sienta luego menos feliz que en el presente, con su neurosis. Es el caso de personas que viven en una situación incompatible con toda gratificación y a quienes la neurosis ofrece una especie de ilusión (596). Otras veces se tiene la impresión de que no estaría bien provocar ciertos anhelos que no podrán ser satisfechos.

La decisión respecto a la conveniencia del análisis, frente a una persona enferma, inválida o con cualquier otra desventaja similar, exige cierto conocimiento de la dinámica de la respectiva personalidad. Una personalidad vigorosa será capaz de adaptarse incluso a una realidad externa desfavorable,

y su neurosis puede constituir una dificultad para tal adaptación. Pero tratándose de personas más débiles, bien pueden hallar en la neurosis misma, pese a todo, el mejor tipo de adaptación. Lo mismo puede decirse de aquellas personas que probablemente no serán capaces de hallar satisfacción sexual después del análisis.

4. *Las neurosis de poca importancia:* Del mismo modo que una intervención quirúrgica sólo debe hacerse cuando realmente es necesaria, hay ciertas neurosis que dan la impresión de que no se justifica el esfuerzo que representa el análisis. El tiempo, el dinero y la energía necesarios no están en proporción con el grado de perturbación. Siempre que parezca posible un éxito terapéutico a menos costo, habrá que evitar el procedimiento de costo mayor.

5. *La urgencia que implica el síntoma neurótico:* Hay síntomas neuróticos cuya eliminación debe ser inmediata, ya sea porque implican un peligro físico, o ya porque la situación es insostenible. El psicoanálisis requiere tiempo, y por eso, en estos casos, la urgencia constituye una contraindicación.

Pero tampoco esta contraindicación tiene carácter absoluto. Puede ser factible la aplicación de medidas terapéuticas de otra clase hasta que, desaparecida la situación de emergencia, se pueda pasar al psicoanálisis.

6. *Perturbaciones graves del habla:* Puesto que el método del psicoanálisis consiste en hablar, su aplicación no será posible cuando no es posible hablar.

Una vez más, la contraindicación de que aquí se trata no es absoluta. El hablar puede ser reemplazado, en el análisis, por algún otro recurso (por ejemplo, escribir). Probablemente sería imposible realizar todo un análisis por el procedimiento de la escritura, por la simple razón del tiempo que esto requeriría. Pero es posible (y esto se ha hecho con éxito) sustituir el habla por la escritura durante un corto lapso. (Por ejemplo, en ocasión de producirse el síntoma del mutismo histérico.)

7. *Ausencia de un yo razonable y cooperador:* Éste es el punto que más importancia práctica tiene y el más difícil de juzgar.

El método del psicoanálisis tiene por base la cooperación de un yo razonable, de modo que parece imposible allí donde este yo no esté presente. Sin embargo, se puede lograr, a menudo, la creación de éste durante un período "preanalítico", mediante métodos no analíticos. En los esquizofrénicos una aproximación preanalítica puede crear una transferencia, la cual se convierte en la base de un análisis ulterior. En los psicópatas con deficiencias del superyó, una conducta de carácter educativo puede compensar las omisiones de la educación original, hasta que es lograda la disposición a la cooperación.

Si una persona, ya sea por terquedad o por cualquier otro motivo, se niega, de hecho, a cooperar, no podrá ser analizada, por cierto. Pero se puede llegar a hacer factible el análisis si el analista consigue convencer al paciente de que no se trata simplemente de que no quiere cooperar, como él lo cree, sino de que es incapaz de hacerlo. En este caso el paciente puede

llegar a tomar interés en el hecho de su ineptitud, y este interés puede ser usado como primer motivo para la cooperación, a la espera de que más tarde aparezcan otros más. Esta esperanza puede cumplirse o no. El problema de crear un yo cooperador es el más difícil de todos en la mayor parte de los casos de carácter, y algunas veces resulta insoluble (438, 511, 512, 539, 1279).

En los dos tipos extremos de resistencia del carácter descritos como "pseudomocionales" y casos de "frigidéz generalizada" (véase págs. 532 y sigs.) este problema se presenta habitualmente con especial intensidad. Estos últimos pueden negarse completamente a entender la "lógica de las emociones" (44), mientras que los primeros son incapaces de colocarse a la distancia necesaria para formular juicios acerca de sus propias emociones.

Afortunadamente, por ser el psicoanálisis un método científico, no pide al paciente ninguna clase de "fe". El paciente puede ser tan escéptico como le venga en gana (y cuando no es nada escéptico hay derecho a suponer que está reprimiendo las transferencias negativas), siempre que acepte cooperar, obedecer a la regla básica, hacer de su parte todo lo que pueda y conceder "calmente una oportunidad" al análisis. Lo que el análisis pide al paciente, al decir de Freud, es un escepticismo benévolo (578, 584).

Una dificultad similar a ésta es la que presentan aquellos pacientes que no vienen al análisis por sí mismos sino porque alguien los ha mandado, o bien porque se proponen complacer el deseo de otra persona. Esto no constituye una buena base para un análisis. Pero puede ser una base utilizable durante unas pocas semanas de análisis de prueba, en el curso del cual el analista le aclara al paciente que el análisis es un asunto que le concierne a él, que sólo él debe decidir si quiere realizarlo o no.

8. *Algunos beneficios secundarios:* Algunos pacientes parecen vivir de su neurosis, y no estar dispuestos a renunciar a ella. Se pueden ahorrar muchas energías, si se comprende a tiempo este hecho.

A propósito de esto, se puede hacer una referencia al problema del análisis de artistas. Los artistas temen, a menudo, perder sus aptitudes creadoras si son analizados sus conflictos inconscientes, que son la fuente de su poder creador. No se puede ofrecer una absoluta seguridad acerca de que el análisis de ningún modo pueda ser nocivo para la capacidad creadora. La experiencia demuestra, sin embargo, que el análisis hace desaparecer con más frecuencia las inhibiciones neuróticas que traban la creación que la capacidad de crear. Aun así, es forzoso admitir que en un cierto número de casos —que son minoría— la neurosis y el trabajo se hallan tan íntimamente entrelazados que parece imposible eliminar una sin perjudicar al otro.

9. *Personalidades esquizoides:* Cuando se trata de personas que, por su carácter, dan la impresión de que, sin ser psicóticos, pueden llegar a serlo si son agudizados sus conflictos infantiles, puede resultar difícil la decisión acerca de si conviene o no emprender el análisis. Hay, sin duda, personalidades esquizoides en las que el análisis puede provocar un proceso psicótico. Pero también hay otras a quienes el análisis puede salvar de una psicosis futura.

No hay regla general en virtud de la cual se pueda decidir si un paciente pertenece a la primera categoría o a la segunda. Únicamente un análisis de prueba, que permita hacer una estimación de las condiciones dinámicas y económicas del caso, puede conducir a tomar una decisión.

10. *Contraindicaciones del análisis con un determinado analista:* A veces sucede que un analista siente que un paciente determinado podría marchar mejor con otro analista, ya sea porque el paciente no reacciona de un modo favorable a su personalidad, o bien porque al analista no le agradaría trabajar con ese paciente, o no se sentiría a gusto con él. Otras veces es el paciente quien abriga tales sentimientos.

Puesto que es característica del psicoanálisis una cooperación personal muy estrecha, puede darse simplemente el caso de dos personas que no se adaptan mutuamente. Harán un "mal equipo". Contemplando la situación con ojos de analista, y partiendo del supuesto de que se trata de un buen analista, existen las siguientes posibilidades:

a) Cierta resistencia por parte del paciente. Surge entonces la cuestión de si conviene ceder a esa resistencia. En general, el procedimiento psicoanalítico es el de analizar las resistencias y no ceder a ellas. Uno debe preguntarse si este tipo de resistencia no está profundamente arraigado en el carácter del paciente, si no forma parte de su neurosis, y habría de repetirse, en ese caso, con cualquier otro analista. Pero la regla que manda no ceder a las resistencias sólo puede ser obedecida hasta cierto punto. Cuando una resistencia es demasiado intensa, su análisis debe ser postergado y preparado por alguna otra forma de trabajo analítico. Si un agorafóbico es incapaz de salir de su casa, el analista deberá ir, al comienzo del análisis, a la casa del paciente. De una manera análoga, el análisis de un complejo paterno poderoso estará colocado en mejores condiciones de preparación si el hombre con quien el paciente debe hablar acerca de ello no se parece, de hecho, al padre de éste.

Un problema similar a éste es el que se refiere a establecer si un paciente dado trabajará mejor con un analista hombre o mujer. Al ocuparnos del tema de la homosexualidad dijimos ya que, en términos generales, el sexo del analista no tiene una importancia decisiva (véase pág. 372). Pero esta regla general tiene frecuentes excepciones. Las personas que tienen un complejo de castración muy acusado, pueden reaccionar de una manera muy diferente según se hallen frente a un hombre o a una mujer. En tales casos, se podrá evitar una resistencia inmediata muy intensa, buscando un analista del mismo sexo que ni provoque mucho antagonismo ni una influencia demasiado atemperante (516, 604, 822). Sin embargo, el cambio de un analista por otro del sexo opuesto, cuando el análisis comienza a ofrecer grandes dificultades, no puede aplicarse a todos los casos, como una panacea. Lo que se requiere, más bien, es una comprensión de la dificultad, y sólo está indicado un cambio de esta índole en los raros casos en que existe una resistencia de carácter insuperable y que parece depender del sexo del analista.

En todos estos casos, se debería tratar primeramente de *analizar la resis-*

tencia, y sólo si la resistencia resulta ser insuperable en las circunstancias del caso, habrá que cambiar las circunstancias (1536).

b) La dificultad puede deberse al analista. Todo analista honesto admitirá que, aun cuando él esté completamente analizado, trabaja mejor con algunos tipos de pacientes que con otros. Pero esta diferencia no deberá llegar a ser tan grande como para que resulte completamente imposible trabajar con determinados tipos de personalidad. Un analista deberá poseer una capacidad de empatía suficientemente amplia como para trabajar con cualquier persona. Si, a este respecto, la realidad difiere demasiado del estado ideal de cosas, el error puede ser achacable al analista. Puede deberse o bien directamente a una contratransferencia negativa o a una decepción originada por el hecho de que cierto tipo de pacientes no satisface alguna expectativa, indebida e inconsciente, del analista, en relación con su labor. En casos semejantes, el analista mismo deberá ser analizado en forma más completa (1501).

Todo analista hará bien en tratar de no analizar a parientes, amigos y conocidos. Pero el hecho de que sus propias emociones con respecto a estas personas podría perturbar su tarea, no es el único motivo que inspira esta regla. Hay otro motivo, y es que la transference pierde gran parte de su carácter específico, o por lo menos su carácter demostrable de transference, si en lugar de originarse dentro del análisis mismo, tiene una historia previa analíticamente incontrolable.

Hasta el análisis de parientes, amigos o conocidos de los parientes, amigos o conocidos del analista, puede adquirir un carácter dudoso por esta misma razón. Sin embargo, Freud añadió a esto que seguramente ningún analista negará su ayuda a personas que no podrían lograr ninguna otra ayuda. Lo único que deberá saber el analista, al hacer esto, es que corre el riesgo de perder sus amistades (584).

Una estimación fidedigna y detallada de los diez puntos que acabamos de ver sólo es posible, en cada caso, en el transcurso mismo del análisis. Es por esto que se aconseja a los pacientes un análisis de prueba de varias semanas de duración. La decisión final acerca de si el paciente necesita un análisis completo se toma después de este lapso. El análisis de prueba se realiza de acuerdo con las mismas reglas que el análisis final, pero la atención del analista se dirige a juzgar la indicación del tratamiento analítico. En el transcurso de estas pocas semanas no sólo confirmará (o alterará) su primer diagnóstico, sino que realizará también un "diagnóstico dinámico" de los conflictos principales del paciente, de las resistencias más considerables y de su probable fuerza relativa, de los sistemas defensivos del paciente en general, de su plasticidad o rigidez. Para establecer el diagnóstico dinámico se hace uso de todos los materiales: la historia del paciente, su conducta, sus ocurrencias y también sus primeros sueños (1354). Es importante, sin embargo, no confundir un diagnóstico general, dinámico, con hipótesis especiales acerca de sucesos de la infancia, las cuales no pueden ni deben ser formuladas desde el mismo comienzo, porque obligarían a la atención del analista a orientarse en una dirección demasiado definida, haciéndolo menos susceptible a las impresiones nuevas y limitando su disposición a dejarse sorprender por nuevo

material (1293). El juicio sobre los motivos de contraindicación no es más que una parte del diagnóstico dinámico.

La cuestión acerca de si una persona puede analizarse a sí misma o no, ha sido planteada varias veces. Freud mismo constituye el mejor ejemplo del hecho de que, hasta cierto punto, tal cosa es posible. En su libro *La interpretación de los sueños* ofreció el ejemplo clásico de autoanálisis (552).

La literatura psicoanalítica registra algunos otros casos de autores que han hecho propaganda en favor del autoanálisis (382, 383, 821). Pero en general, las posibilidades del autoanálisis son muy limitadas. Para esto hay dos razones:

1. La superación de las resistencias sin ayuda de otra persona presupone una personalidad muy vigorosa, y es enteramente imposible si la resistencia consiste en un "punto ciego", en no ver simplemente lo que a uno no le agrada ver. Cuando el analista es otra persona, puede demostrarle al paciente su ceguera. En el autoanálisis, los puntos ciegos quedan tal cual.

2. La relación afectiva con el analista, denominada transferencia, constituye en dos sentidos una herramienta del psicoanálisis que falta en el autoanálisis: el deseo de agradar al analista constituye, en forma directa, un importante motivo de superación de las resistencias, y de modo indirecto, la forma de la transferencia proporciona un modelo insustituible para el estudio de los patrones de conducta del paciente.

LOS RESULTADOS TERAPEUTICOS DEL PSICOANALISIS: ESTADISTICAS

La exigencia de estadísticas sobre los resultados terapéuticos del psicoanálisis se repite con frecuencia. Resulta difícil darlas. Sus conclusiones dependen, ante todo, de los casos que se han escogido para ello. Si se incluyen casos cuyo pronóstico ya era dudoso desde el comienzo, las estadísticas parecerán bastante peores, naturalmente, que si los casos son cuidadosamente seleccionados. La segunda dificultad consiste en que para algunos médicos la "cura" y la "mejoría" significan cosas muy diferentes que para otros. No hay que perder de vista este hecho, especialmente cuando se comparan los resultados del psicoanálisis con los resultados de otros métodos de tratamiento. Todo el mundo está de acuerdo en que la desaparición de los síntomas es necesaria, pero no es decisiva. La "capacidad para el trabajo y el goce", en cambio, es algo que puede ser interpretado de diversas maneras, y los psicoanalistas conocen la diferencia que hay entre una persona que ha logrado esta capacidad, pero en un sentido limitado y probablemente con carácter transitorio, gracias a un éxito de transferencia, y una persona cuya dinámica ha sido básicamente transformada por el psicoanálisis (78, 1503).

Las dificultades que existen para una definición exacta de la "normalidad" y la "salud" desde el punto de vista psicoanalítico, han sido frecuentemente objeto de estudio (243, 693, 901, 1036, 1095, 1409), destacándose especialmente, en forma realmente impresionante, el reciente trabajo de Hartmann (751). La práctica, por fortuna, no requiere tanta exactitud.

En una tentativa que fue realizada, de cotejo estadístico de diez años de trabajo del Instituto Psicoanalítico de Berlín, se aplicó un criterio muy estricto. Los resultados pueden compararse, por cierto, con las estadísticas de cualquier otro tratamiento médico (417). Mientras se realizaba dicha tarea aparecieron otras estadísticas (287, 1195, 1348), y comparadas todas ellas (969), las comprobaciones resultaron ser similares. No hay duda de que la terapia psicoanalítica deja mucho que desear. Hay fracasos y hay éxitos parciales. Pero no hay duda tampoco de que el psicoanálisis, en su calidad de único método radical, es el mejor método de que se dispone para el tratamiento de la neurosis. Su principal desventaja es el gasto considerable que implica en tiempo y en dinero. Su virtud, de la que todo psicoanalista se enorgullece, y que sólo el psicoanálisis ostenta, es la de haberse estructurado sobre la base de una visión científica de los problemas. La terapia constituye, además, un método de investigación que a su vez abre nuevas perspectivas científicas, cosa que no sólo resulta útil en el tratamiento de la neurosis, ya que el alcance de su aplicación es más universal.

PROFILAXIS

En todas las ramas de la medicina se observa una creciente tendencia a no limitarse a la curación de las enfermedades, a tratar también de prevenirlas. La profilaxis psiquiátrica recibe el nombre de higiene mental (1581). Su tarea puede tomar por objetivo ya sea al individuo, ya a las masas. Se propone enseñar al individuo la conducta apropiada para hacer menos probable el enfermarse, y dirigir a las instituciones sociales en forma tal de reducir la frecuencia general de las psicosis y neurosis.

Dado que el psicoanálisis ha conducido a la comprensión científica de lo que realmente ocurre en las neurosis, no cabe duda de que los puntos de vista psicoanalíticos tendrán que ser decisivos también en el terreno de la higiene mental. Estas posibilidades, por cierto, no deben ser subestimadas. Si un médico ha comprendido la dinámica de una persona y la localización de sus "complejos", estará seguramente en condiciones de darle los consejos necesarios para evitar una lamentable movilización de los conflictos latentes (1500). Pero no conviene tampoco abrigar excesivas esperanzas en cuanto a la higiene mental, especialmente en lo que se refiere al segundo objetivo de la misma, la profilaxis general.

El elemento decisivo de la profilaxis general debería ser una correcta crianza y educación de los niños. La base de las neurosis son los conflictos neuróticos, y estos conflictos neuróticos surgen en la infancia, entre los impulsos instintivos y el temor a los peligros vinculados al hecho de ceder a dichos impulsos. ¿Tienen los educadores la posibilidad de evitar, o reducir, los conflictos patógenos en los niños? (64).

La idea de que los instintos pueden ser peligrosos no es posible, por cierto, evitarla. El proceder de acuerdo con los instintos puede ser a veces *realmente* peligroso. Ningún ser humano puede vivir de acuerdo con el principio de

placer, haciendo, en todo momento, simplemente aquello que le da la gana. La experiencia se encarga de enseñar a todos los niños (incluso con prescindencia de toda medida educativa), que semejante conducta no es razonable. Si el niño come toda la cantidad de golosinas que le agrada, tendrá un dolor de estómago. Si da un manotón a un hermoso fuego que le atrae, se quema. Si atormenta a los que le rodean, le harán lo mismo a su vez. De esta manera, una vida regida por los impulsos del momento es transformada lentamente en una vida regida por la razón. El principio de realidad se afirma mediante experiencias de que el placer inmediato se vincula a un dolor también inmediato, o mediato, a lo que más tarde se agregan también experiencias que establecen la conexión entre sucesos originariamente dolorosos y recompensas placenteras (427, 575, 1494). (Véase también págs. 63 y sigs.).

En este proceso puede prestar utilidad, por cierto, la educación. Para la asimilación del principio de realidad no es necesario pasar realmente por la dolorosa experiencia de quemarse. Lo que debe hacer la educación es, anticipando en una pequeña medida los dolores, ayudar a los niños a soportar el displacer y la tensión.

Nadie sabe cómo se comportaría un niño sin ninguna educación, es decir, si los inevitables choques con la realidad serían suficientes o no para desarrollar en él una conducta razonable. Pero de una cosa estamos seguros, y es que en la práctica la educación exige a todos los niños algo más que una conducta razonable, y que, engendrando temores artificiales a los impulsos, exagerando el principio de realidad, la educación se convierte a menudo en un obstáculo para la razón. Prácticamente, lo que se exige del niño no es solamente sociabilidad, sino una sociabilidad limitada en un sentido determinado, es decir, una adaptación a las condiciones del presente.

Una sociedad de individuos que se comportaran en materia instintiva como lo harían niños de dos años, sería, por cierto, absolutamente imposible. Lo único dudoso es si un niño de dos años, que no ha recibido ninguna educación, llegaría a cambiar alguna vez su conducta.

Resulta claro, de este modo, en qué consisten los peligros de la educación. El principio de realidad dice: "No cedas a tus instintos si éstos son peligrosos". Ahora bien, la educación puede dar al niño la sensación de que todos los instintos, o al menos una cantidad exageradamente grande de ellos, son peligrosos.

Uno oye decir que la sexualidad del niño, si no es reprimida, conduce a cosas peligrosas. Y es verdad que una sexualidad no regulada puede ignorar las necesidades del partenaire. Pero ésta no es el único peligro. La experiencia demuestra que los instintos insatisfechos son mucho más difíciles de dominar, y mucho más peligrosos, que aquellos que ocasionalmente son satisfechos. Las personas cuya sexualidad no hubiera sido de ningún modo refrenada no manifestarían inclinación a un constante comercio sexual. Sólo periódicamente sentirían tal deseo, y en los intervalos se sentirían satisfechos. Si la sexualidad actual parece tan a menudo ávida, antisocial y en consecuencia peligrosa, ello se debe a la previa represión del sexo. Algunas personas creen que un niño que no refrene su sexualidad no llegará a ser útil a la sociedad. Emplearía su libido íntegramente en el terreno primario de la sexualidad, y no quedaría energía

disponible para la sublimación (171). Esta concepción no se justifica de ningún modo. Es cierto que las sublimaciones se deben a la energía sexual, pero se trata más bien de energía pregenital que genital. El hecho de cohibir la sexualidad no conduce a la sublimación de la energía, sino que mantiene en el inconsciente, sin alteración, el instinto sexual, lo que da por resultado que los instintos insatisfechos terminan por perturbar no sólo la sublimación que se esperaba estimular, sino toda forma de actividad.

Antes de Freud la ciencia ignoraba totalmente la existencia de la sexualidad infantil. Esto demuestra cuán intensa era la resistencia general a la sexualidad infantil. ¿De dónde proviene esta resistencia? ¿Cuál es el origen de la superstición del peligro de la sexualidad infantil? ¿Y dónde nació una forma de educación que cohibe exageradamente los instintos? Todas estas actitudes, así como las ideas sobre moralidad, que varían mucho de una sociedad a otra, son la resultante de las respectivas situaciones sociales y deben ser analizadas en forma crítica en función de las situaciones sociales (131, 1278).

Y ahora resultará comprensible nuestro anterior escepticismo. La higiene mental está limitada por las condiciones sociales. Como movimiento de hecho, ha sido creada, incluso, por las mismas fuerzas sociales que limitan su eficacia (307). Las neurosis son un mal que se origina bajo la influencia de una educación que no depende tanto de las opiniones y de la personalidad de cada educador como de las condiciones generales de la sociedad, cuya influencia condiciona las instituciones educacionales tanto como las opiniones y la personalidad de cada educador.

El analista puede, a no dudarlo, ofrecer un número limitado de sugerencias de carácter general acerca de la crianza individual del niño, tendientes a evitar futuras neurosis (833, 834, 1303, 1309, 1582). En lo posible, deberán evitarse las advertencias innecesarias acerca de las pulsiones instintivas, así como habrá que evitar también, en todo lo posible, innecesarias excitaciones externas de carácter intenso, que lleven las exigencias instintivas a un grado de intensidad mayor que la natural. Se puede afirmar que: 1) conviene evitar que los niños sean testigos de escenas de carácter sexual entre mayores; 2) conviene reducir, en lo posible, las seducciones de parte de mayores o de niños de más edad; 3) conviene evitar las amenazas directas de castración; 4) conviene ejercitar a los niños en los hábitos de limpieza en una forma apropiada; ni demasiado temprano, ni demasiado tarde, ni en forma demasiado estricta ni demasiado emocional; 5) es conveniente preparar a los niños con bastante tiempo para los acontecimientos extraordinarios, pero inevitables, tales como el nacimiento de un hermanito, una operación, etc.; 6) es mejor comprender las necesidades del niño en vez de usar normas rígidas de disciplina.

Todo esto es importante y esta lista, por cierto, podría ser ampliada. Pero no debe exagerarse su importancia. Es muy limitada la eficacia de estas sugerencias. Al decir esto último, no solamente pensamos en los traumas que pueden producirse sea cualquiera el cuidado que se ponga, ya que tal cosa no es óbice para que se deba hacer todo lo que se puede. Lo que limita la eficacia de las sugerencias de higiene mental es el hecho de que ciertas circunstancias crónicas del ambiente, que difícilmente pueden ser cambiadas, tienen una influencia

mucho mayor que cualquier medida educativa aislada. Las palabras precisas con que una persona adulta responde a una actitud instintiva de un niño no son tan decisivas como las actitudes inveteradas y latentes de los padres hacia los instintos en general. Reich ha demostrado, en un excelente artículo, que el valor higiénico mental de una experiencia determinada vale más que por su contenido manifiesto, por toda la "atmósfera" mental en que se produce (1273). De la estructura mental del niño depende el carácter de gratificación o de amenaza que tiene una experiencia determinada, y esta estructura depende, a su vez, del conjunto de su experiencia pasada, así como de las influencias del presente.

Las circunstancias inveteradas que no pueden ser cambiadas a voluntad consisten en: 1), el *inconsciente* de los educadores, que determina no tanto sus "medidas educativas" como su conducta diaria, y 2), la institución misma de la familia, la relación entre la familia y los grupos extrafamiliares y la tradición cultural. (El segundo factor es más importante que el primero, e influye sobre él.) Es necesario darse cuenta de que el verdadero objetivo de la educación no consiste ni en los objetivos enumerados en los libros de texto de pedagogía ni en los objetivos conscientes de los educadores. Las intenciones o los modos de pensar de padres o maestros aislados son menos importantes que las instituciones sociales que inciden sobre ellos: la familia y la escuela. *Familia*: situación en que una pareja que mantiene relaciones sexuales convive con sólo unos pocos niños, y en la que uno de los componentes de la pareja es el jefe más o menos absoluto. *Escuela*: una institución en la que rigen los hábitos externos y los reglamentos (los pupitres, las horas prefijadas, el horario y el plan de estudios).

La "educación progresista", en su intento de evitar los errores de la época anterior, con el propósito de evitar las frustraciones, se ha ido algunas veces al extremo opuesto, y ha quedado, con ello, no menos sometida a las fuerzas sociales que la educación "autoritaria". "Evitar las frustraciones" es cosa ciertamente imposible. Fatalmente las trae consigo la vida real, y por ello una infancia artificialmente protegida constituye una forma muy pobre de preparación para afrontarla. Cuanto más se evitan las primeras frustraciones, tanto más sucederá que las frustraciones leves tendrán el mismo efecto que tienen las frustraciones intensas en las personas educadas normalmente. La tendencia de los educadores a ser "invariablemente genitales" provoca ulteriormente las consecuencias siguientes: En primer lugar, el niño se forma la impresión de que la agresividad es una cosa terriblemente prohibida; cada vez que se siente agresivo se ve obligado a reprimirlo, y la suavidad de la conducta externa engendra, por dentro, una mayor severidad del superyo (por lo menos, severidad con respecto a la agresividad) hasta el punto de que el niño puede llegar a anhelar, a guisa de alivio, una severa autoridad exterior (180). En segundo lugar, los padres tienen que reprimir, a su vez, la agresividad propia, lo cual da lugar, por cierto, a que ésta se manifieste en una forma y con una intensidad indeseadas.

La "educación moderna" sostiene a menudo el concepto de que "la agresividad es mala". No sabemos qué es lo bueno y qué es lo malo. Lo que sí sabemos es

que la agresividad es necesaria en la vida, en muchas ocasiones, y que la persona que no es capaz de hacer uso de ella está en una situación de desventaja no menor que la de aquella que ha perdido su capacidad sexual (1349).

No hay duda de que un cambio artificial de educación que afecte a unos pocos niños no puede evitarles conflictos graves. Más bien sucede lo contrario. Tarde o temprano estos niños se verán empujados a un conflicto más grave, porque en todas partes oirán lo contrario de lo que se les enseña en su casa o en su escuela particular.

De ahí que la higiene mental puede aconsejar en casos individuales. Pero es bastante impotente cuando se enfrenta con problemas del público en general. Los medios y objetivos de la educación no son prescritos por analistas, sino que son el resultado de las condiciones sociales presentes (y pasadas), y se han ido configurando, en forma autónoma, a través de diversas circunstancias históricas y conflictos sociales. El proceso social no sólo prescribe en qué medida se permiten las exigencias instintivas del niño y en qué medida deben ser reprimidas, sino también las formas de aplicación de las frustraciones prescritas y la forma en que el niño está obligado a reaccionar a ellas. La "psicología comparada de la educación" es un dominio científico nuevo, de la mayor importancia práctica, sobre el que no podemos extendernos aquí, y menos aún tratarlo debidamente (131, 650).

Las neurosis no se deben a una fatalidad biológica, como es el hecho de envejecer, ni obedecen a un determinismo puramente biológico, como sucede en la leucemia. Es cierto que el desvalimiento del ser humano, en el momento de nacer, y la estructuración del yo organizado, como diferenciación del ello, son prerequisites de las neurosis (618). Pero no son las causas de la neurosis más allá de lo que podría ser la existencia del estómago la causa de las enfermedades de este órgano. Ni se halla tampoco la neurosis "bajo la influencia de las condiciones sociales", tal como es el caso de la tuberculosis, donde el alojamiento y la dieta son factores que pueden decidir el curso de la enfermedad. La neurosis es una enfermedad social en un sentido mucho más estricto. Si bien las exigencias que han sido reprimidas constituyen fuerzas biológicas (y aun esto solamente en última instancia), el hecho mismo de que hayan de ser reprimidas se debe a la presión del medio social. La necesidad de las defensas patógenas no deriva de las privaciones inherentes a las deficiencias de la infancia, sino de las que los padres y educadores imponen al niño, de viva voz o por influencia del propio comportamiento. Estas medidas educativas constituyen, una vez más, exigencias de la civilización hostiles a la gratificación instintiva (561, 1396). Y son las exigencias de la civilización actual, con todas las manifestaciones de la época, las que hacen al neurótico de hoy (819). Hasta donde alcanza nuestro conocimiento, otras civilizaciones también han producido neurosis, pero éstas diferían de las neurosis de hoy por cuanto eran diferentes las privaciones que exigían otras civilizaciones y otros los tipos de reacción que se imponían frente a esas privaciones.

Muchas formas de reacción que hoy figuran bajo el nombre de neurosis obsesivas, son normales e institucionalizadas en otras civilizaciones, y una "neurosis demoníaca del siglo diecisiete", tal como la que fue objeto de un

estudio de Freud (610), no encajaría en ningún casillero diagnóstico del presente. Nos es dado observar, en efecto, cómo se modifican los cuadros clínicos de neurosis paralelamente a los cambios que se operan en la sociedad. El psicólogo debe reconocer aquí su incompetencia y reconocer que la cuestión de la etiología de las neurosis no es un problema puramente médico, sino que el punto de vista médico requiere ser complementado con un enfoque sociológico del problema (433).

Las neurosis son el resultado de medidas educacionales desfavorables, de causa social, que corresponden a un determinado medio social —producto de un proceso histórico—, y son necesarias para dicho medio. No pueden ser cambiadas sin un cambio correspondiente en el medio social.

Cuando una sociedad se hace inestable, llena de tendencias contradictorias, convirtiéndose en escenario de luchas entre las partes que la constituyen, sólo la fuerza del poder determina cómo y hacia qué objetivos será dirigida la educación. La inestabilidad y las contradicciones de una sociedad se reflejan en su educación, y más tarde en las neurosis de los individuos así educados.

Es muy grande la tentación de una digresión en forma de incursión en la sociología de la educación y de la moral. Pero nosotros no haremos más que ilustrar, con dos ejemplos sencillos, lo que llevamos dicho.

La autoestima de una persona, así como el contenido y el grado de sus defensas, depende de sus "ideales". Y los ideales se van creando, más que por enseñanza directa, por el espíritu general de la vida que rodea al niño durante su desarrollo.

Una sociedad autoritaria deberá promover en los niños la disposición a la obediencia, como miembros de la sociedad, inculcándoles la idea característica de toda autoridad: las promesas condicionales. "Si obedeces y te sometes, recibirás una participación (real o imaginaria) en el poder y la protección". Una sociedad democrática estimula los ideales de independencia, autorresponsabilidad y "control activo". En aquellas sociedades en que se hallan en lucha los elementos "autoritarios" con los "democráticos", serán contradictorios también los ideales. El niño aprende que debe someterse y obedecer para conseguir todo aquello que necesita, pero al mismo tiempo se le dice: "Debes valerte de ti mismo". Históricamente, el tipo autoritario de ideal no tuvo oposición durante el feudalismo. Se proveía realmente a las necesidades de los súbditos, si renunciaban a su independencia, y la disposición mental favorable a la aceptación de la dependencia, de parte de la mayoría del pueblo, era necesaria para la conservación de la sociedad. El capitalismo naciente trajo el ideal opuesto. La libre competencia necesitaba de los nuevos ideales de libertad e igualdad. Sin embargo, el desarrollo posterior del capitalismo no sólo trajo consigo, nuevamente, el hecho de tener que mantener conforme a la mayor parte del pueblo dentro de una situación de relativa frustración y dependencia, sino que toda la sociedad, a consecuencia de las contradicciones económicas, llegó a un grado tal de inestabilidad que, con la desaparición de la libre competencia, hizo nuevamente su aparición la necesidad de autoridad. Al mismo tiempo, todos se sienten en peligro cada vez que intentan establecerse de una manera firme, peligro que se extiende hasta su existencia misma. Esto hace

que la actividad del individuo aislado quede privada de toda esperanza y que afloren nuevamente, en consonancia, los anhelos regresivos de regulación pasivo-receptiva. Cobran nueva vida, e incluso con más vigor, viejos ideales de la época feudal, y el resultado es una mezcla de ideales, conflictos, y finalmente neurosis. Las enormes diferencias que encontramos actualmente, en cuanto a esta mezcla de "autoridad" y "democracia", en los diferentes países, se deben a diferencias en las condiciones económicas reinantes, y a diferencias de orden histórico. En general, toda sociedad capitalista, al preparar a sus niños para el papel que en su vida han de desempeñar el dinero y la competencia, favorece la intensificación de las pulsiones sádicoanales. Esto es tanto más pernicioso cuanto que al mismo tiempo es coartada y frustrada la sexualidad genital (434, 1278).

Segundo ejemplo, de carácter más general aún. Es característico de nuestra sociedad actual el hecho de que mucha gente no está en condiciones de satisfacer sus necesidades, aun cuando se dispone de los recursos correspondientes. En los textos de psicopatología se tratan ampliamente las deficiencias del superyó en las personas que incurrn en robo. Parecería que el problema debiera plantearse más bien de este otro modo: ¿por qué hay tanta gente que *no* roba? Es cierto que, en primer término, se abstienen de hacerlo porque existen medidas de fuerza que se lo impiden. Pero lo que detiene a la mayoría no es simplemente la fuerza y el temor al castigo. La realidad social ha logrado despertar, bajo la forma de un género especial de conciencia, una fuerza intrapsíquica que se opone a las necesidades que reclaman satisfacción. No se roba porque "no está bien". Es así como ciertas instituciones especiales de la sociedad determinan el desarrollo, en sus miembros, de ciertas fuerzas especiales de carácter antiinstintivo. Este determinismo debe ser también el factor decisivo en la orientación antisexual de ciertas civilizaciones.

De nuestros comentarios se desprende, con toda claridad, que el conocimiento más cabal de la capacidad formativa de las fuerzas sociales, con relación a la mente del individuo, no obliga a alterar, en forma alguna, los conceptos de Freud sobre los instintos, como lo creen algunos autores (653, 820, 921). Las necesidades instintivas constituyen la materia prima, a la que dan forma las influencias sociales, y es tarea que corresponde a una sociología psicoanalítica el estudio de todos los aspectos de esta función modeladora de la sociedad (650). Los diferentes tipos de "constitución biológica" encierran múltiples posibilidades, pero se trata de algo virtual y no de realidades. Son los hechos de la experiencia, es decir, las circunstancias de orden cultural, las que se encargan de transformar esas posibilidades en realidades, de modelar la verdadera estructura mental del hombre, imponiendo a las exigencias instintivas tal o cual orientación, favoreciendo algunas de ellas y obstaculizando otras, incluso oponiendo alguna parte de ellas a las demás.

Las limitaciones sociales de la higiene mental no se reducen exclusivamente a los factores que atañen a la educación de los niños. A menudo, aun tratándose de adultos, nos encontramos ante el hecho de que la situación social impide seguir el consejo que podrían recibir de una higiene mental teórica. Los beneficios de la asistencia social psiquiátrica no deben ser subestimados, pero la mayoría de los "asistentes sociales" psiquiátricos estará probablemente de

acuerdo en que el cumplimiento de las exigencias básicas de la higiene mental depende, a menudo, de ciertos requisitos previos que la higiene mental no está en condiciones de procurar. ¿No debería la higiene mental tomar sobre sí, como primera tarea, la de procurar a todos trabajo, pan y satisfacción de las necesidades básicas?

Es cierto que la miseria real no produce neurosis en los adultos. Pero produce frustraciones, y por consiguiente, regresiones. No produce la neurosis, pero puede ser un factor precipitante en la aparición y desarrollo de las mismas. En este sentido, contienen algo de verdad las viejas ideas según las cuales la nerviosidad moderna es engendrada por el "apresuramiento" y el "espíritu de competencia" que caracteriza a la civilización actual. Pero aparte de esto, las situaciones de miseria, en los adultos, pueden ser causa de neurosis de una manera indirecta, a saber, en la generación siguiente, educada por los adultos que sufrieron las frustraciones.

Resulta extraño oír los dos juicios absolutamente opuestos que ha inspirado la neurosis. Afirman algunos que la neurosis es resultado directo de la miseria ambiente, que no es extraño que las personas que carecen de alimento y de techo se transformen en personas "nerviosas". Por otra parte, hay personas que dicen que la neurosis es una especie de "lujo del rico ocioso", y que el trabajador tiene otras cosas de qué ocuparse que esto de ponerse nervioso. Ambos juicios son equivocados, y al chocar las dos opiniones entre sí, lo que dejan al descubierto es nada más que la resistencia afectiva general que se opone al estudio desprejuiciado de la neurosis. La enorme difusión de la neurosis en la sociedad actual no reconoce diferencias de clase. Esta afirmación no contradice la tesis de que la neurosis se debe a factores sociales. Lo único que hace es ilustrar el hecho de que la moralidad, pese a la extremada diferencia en las condiciones de vida, no es demasiado diferente en las distintas clases de una misma sociedad (en realidad hay diferencias "de clase" en materia de neurosis, pero son diferencias menores y corresponden a diferencias en las experiencias reales de los respectivos niños) (133, 136, 496).

Una higiene mental en la vida del adulto sería eficaz como profilaxis de la neurosis si fuera capaz de evitar nuevas frustraciones (con las represiones consiguientes), si fuera capaz de asegurar satisfacciones tales que puedan poner en acción una especie de "seducción de la salud", si fuera capaz de crear situaciones que no reactivasen los viejos conflictos de la infancia. Sería más eficaz todavía si fuera capaz de evitar los conflictos patógenos mismos, si fuera capaz, en todos los casos en que es necesario oponerse a los impulsos del niño, de dejar a éste un mayor número de caminos abiertos para la reacción. De caminos en los que hubiera menos sentimientos de culpa, más autoconfianza, más conducta activa, razón y decisión autónoma, y menos automatismos arcaicos. Si con todo esto, finalmente, fuera capaz de producir en la persona un yo vigoroso, capaz de prever, en la medida de lo razonable, las consecuencias de los propios actos. "El lugar del ello deberá ocuparlo el yo", dijo Freud (628). Y a esto habría que agregar aún, completando la afirmación: también "el lugar del superyó" (es decir, el lugar que fue ocupado por la autonomía automática de los sentimientos de culpa sin razón, por la ley

del talión, la venganza y el automatismo), "deberá ocuparlo el yo" (es decir, un manejo razonable de la realidad). Pero este "deberá" choca contra barreras de índole y génesis social.

No es por el hecho de que siguen actuando en nosotros nuestros instintos primitivos por lo que tenemos guerra, miseria y neurosis. Es más bien porque no hemos aprendido todavía a evitar las guerras y la miseria mediante una regulación más razonable y menos contradictoria de las relaciones sociales, que nuestros instintos siguen conservando un cariz pernicioso, que encuentra su aplicación en las guerras y en la miseria y es también la causa de la neurosis.

No sabemos si en circunstancias sociales diferentes no habría también neurosis. Pero lo que sí sabemos es que, en las circunstancias actuales, la incipiente profilaxis de la neurosis resulta, por obra de los factores de orden social, una tarea de Sísifo.

Pero en los momentos en que, enfrentados a las enormes desdichas neuróticas (y no neuróticas) de nuestros días, nos sentimos cercanos a la desesperación, al comprender que al fin no podemos ayudar más que a cinco o diez personas al año, consolémonos con la convicción de que esta labor terapéutica —tan limitada— es a la vez el método de investigación de una ciencia que algún día podrá alcanzar la posibilidad de una aplicación más general.

BIBLIOGRAFÍA

Habíamos preparado una bibliografía amplia sobre la teoría psicoanalítica de las neurosis, pero por el momento* hemos debido ajustarnos a las limitaciones que impone la escasez de papel. La lista que damos a continuación sólo incluye, por lo tanto: a) todos los libros y artículos a que se hace referencia en la presente obra, y b) un limitado número de títulos de importancia general para el tema. La presente bibliografía se limita a la literatura en inglés y en alemán.** En el caso de libros o artículos que han visto la luz a la vez en los dos idiomas referidos, citamos la edición en inglés. Está incluida, en general, la literatura existente hasta 1943 inclusive.

CLAVE DE LAS ABREVIATURAS

| | |
|--------------------------------|---|
| <i>Acta Ps. et. N.</i> | Acta Psychiatrica et Neurologica |
| <i>Acta Psychol.</i> | Acta Psychologica |
| <i>A. Heart J.</i> | American Heart Journal |
| <i>A. Im.</i> | American Imago |
| <i>A. J. Dis. Child</i> | American Journal of Diseases of the Child |
| <i>A. J. I.</i> | American Journal of Insanity |
| <i>A. J. M. S.</i> | American Journal of Mental Science |
| <i>A. J. Obs. and Gyn.</i> | American Journal of Obstetrics and Gynecology |
| <i>A. J. Orthops.</i> | American Journal of Orthopsychiatry |
| <i>A. J. P.</i> | American Journal of Psychiatry |
| <i>A. J. Ph.</i> | American Journal of Physiology |
| <i>Allg. Z. f. Ps.</i> | Allgemeine Zeitschrift fuer Psychiatrie |
| <i>Ann. Int. Med.</i> | Annals of Internal Medicine |
| <i>A. Orthopsych. Assn.</i> | American Orthopsychiatric Association |
| <i>Arch. Derm. Syph.</i> | Archive for Dermatology and Syphilology |
| <i>Arch. ges. Psych.</i> | Archiv fuer die gesamte Psychologie |
| <i>Arch. N. Ps.</i> | Archive for Neurology and Psychiatry |
| <i>A. Soc. Res. Ps-s. Pr.</i> | American Society for Research in Psychosomatic Problems |
| <i>Assn. Research N. M. D.</i> | Association for Research in Nervous and Mental Diseases |
| <i>Autoref.</i> | Autoreferat (Resumen del autor) |
| <i>B. J. D.</i> | British Journal of Dermatology |
| <i>B. J. In.</i> | British Journal of Inebriety |
| <i>B. J. P.</i> | British Journal of Psychology |
| <i>B. M. J.</i> | British Medical Journal |
| <i>Bull. Forest San.</i> | Bulletin of the Forest Sanitarium |

* Esta obra fue editada en 1945, y las limitaciones a que se refiere el autor son las que fueron impuestas por la Segunda Guerra Mundial. (T.)

** Al final de esta bibliografía hemos agregado la literatura psicoanalítica en castellano (véase pág. 721 [E.]).

- C. Centralblatt fuer Psychoanalyse
Can. J. M. S. Con. Canadian Journal of Medicine and Surgery
 Ferenczi, Sandor: *Contributions to Psychoanalysis*, Richard C. Badger, Boston, 1916.
Cornell Univ. Med. Bull. C. P. Cornell University Medical Bulletin
 Freud, Sigmund: *Collected Papers*, Institute of Psychoanalysis an Hogarth Press, London, 1924.
D. A. Z. Deutsche Aerzte Zeitung
Dis. Nerv. S. Diseases of the Nervous System
D. Z. Hom. Deutsche Zeitschrift fuer Homoeopathie
E. inn. M. K. Ess. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde
 Jones, Ernest: *Essays in Applied Psychoanalysis*, International Psychoanalytic Press, London, 1923.
F. C. Ferenczi, Sandor: *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*, Institute of Psychoanalysis and Hogarth Press, London, 1926.
Fortschr. Med. G. Fortschritte der Medizin
 Lo que se refiere a la teoria psicoanalitica de las neurosis en general
Ill. Psych. J. Im. Illinois Psychiatric Journal
 Imago
 Institute for Psychoanalysis (Chicago)
Inst. for Ps-a. Institute of Psychoanalysis (London)
Inst. of Ps a. Institute of Psychoanalysis (London)
Int. Ps-a. Congr. International Psychoanalytic Congress
 International Psychoanalytic Press
Int. Ps-a. P. Internationaler Psychoanalytischer Verlag
Int. Ps-a. V. Internationaler Psychoanalytischer Verlag
J. Ab. P. Journal of Abnormal Psychology
J. A. M. A. Journal of the American Medical Association
Jb. Ps. N. Jahrbuch fuer Psychiatrie und Neurologie
J. Crim. Psych. Journal of Criminal Psychopathology
J. Med. Journal of Medicine
J. M. S. Journal of Mental Science
J. N. M. D. Journal of Nervous and Mental Disease
J. N. Ps. Journal of Neurology and Psychiatry
J. N. Psychop. Journal of Neurology and Psychopathology
Jo. International Journal of Psychoanalysis
J. Soc. Psych. Journal of Social Psychology
Kl. B. Abraham, Karl: *Klinische Beitrage zur Psychoanalyse*, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, 1921.
 Klinische Rundschau
Kl. R. British Journal of Medical Psychology
M. Bulletin of the Menninger Clinic
Menn. Bull. Monatschrift fuer die gesamte Sprachheilkunde
M. ges. Sprach. Mental Hygiene
M. H. Monatschrift fuer Neurologie und Psychiatrie
M. N. P. Medical Record
M. R. Medical Review of Reviews
M. R. R. Neue Erziehung
Neue Erz. Neurologisches Zentralblatt
Neur. Z. New England Journal of Medicine
New Engl. J. M. Nervous and Mental Disease Publishing Company
N. M. D. Pub. Co. New York Medical Journal
N. Y. M. J. New York State Hospital Bulletin
N. Y. S. Hosp. B. New York State Journal of Medicine
N. Y. S. J. M. Jones, Ernest: *Papers on Psychoanalysis*, 1st ed., Wood and Co., New York, 1913.
P. Zeitschrift fuer Psychoanalytische Paedagogik
Paed.

- P. B.* Psychiatric Bulletin
Proc. R. S. M. Proceedings of the Royal Society of Medicine
Ps. Psychiatry
Ps-A. Psychoanalysis
Ps-a. Psychoanalytic
Ps-a. Bwgg. Psychoanalytische Bewegung
Ps-a. Q. Inc. The Psychoanalytic Quarterly Incorporated
Ps-a. V. Psychoanalytische Vereinigung
Psychal. Rec. Psychological Record
Psychol. Rev. Psychological Review
Psychosom. Med. Psychosomatic Medicine
Psychosom. Med. Monogr. Psychosomatic Medicine Monographs
Psych. Q. Psychiatric Quarterly
Q. Psychoanalytic Quarterly
R. Psychoanalytic Review
Schw. A. N. P. Schweizer Archiv fuer Neurologie und Psychiatrie
Schw. M. W. Schweizer Medizinische Wochenschrift
S. P. Abraham, Karl: *Selected Papers*, Institute of Psychoanalysis and Hogarth Press, London, 1927.
S. P. H. Freud, Sigmund: "Selected Papers on Hysteria", *N.M.D.M.S.* No. 4, New York and Washington
Tr. A. N. A. Transactions of the American Neurological Association
W. m. W. Wiener medizinische Wochenschrift
W. ps-a. V. Wiener psychoanalytische Vereinigung
Y. Jahrbuch fuer psychoanalytische Forschungen
Z. Schweizer Archiv fuer Neurologie und Psychiatrie
Z. ges. N. P. Zeitschrift fuer die gesamte Neurologie und Psychiatrie
Z. ges. exp. M. Zeitschrift fuer die gesamte experimentelle Medizin
Z. G. G. Zeitschrift fuer Geburtshilfe und Gynaekologie
Z. ind. Abst. Zeitschrift fuer induktive Abstammungs und Vererbungslehre
Z. Psychoth. Zentralblatt fuer Psychotherapie
Z. Soz. Zeitschrift fuer Sozialforschung
Z. S. W. Zeitschrift fuer Sexualwissenschaften

ABRAHAM, KARL

- (1) The Psychosexual Differences between Hysteria and Dementia Praecox. *S. P.*
- (2) The Psychological Relations between Sexuality and Alcoholism. *S. P.*
- (3) Hysterical Dream States. *S. P.*
- (4) Remarks on the Psychoanalysis of a Case of Foot and Corset Fetisbism. *S. P.*
- (5) Notes on the Psychoanalytical Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions. *S. P.*
- (6) Zur Psychogenese der Strassenangst im Kindesalter. *Kl. B.*
- (7) Mental Aftereffects Produced in a Nine-year-old Child by the Observation of Sexual Intercourse between Its Parents. *S. P.*
- (8) Restrictions and Transformations of Scopophilia in Psychoneuroses: with Remarks on Analogous Phenomena in Folk Psychology. *S. P.*
- (9) A Constitutional Basis of Locomotor Anxiety. *S. P.*
- (10) Ueber Neurotische Exogamie. *Kl. B.*
- (11) The Ear and Auditory Passage as Erotogenetic Zone. *S. P.*
- (12) Zum Verstaendnis suggestiver Arzneiwirkungen bei neurotischen Zustaaenden. *Z. II*, 1914.
- (13) The First Pregonital Stage of the Libido. *S. P.*
- (14) Ejaculatio Praecox. *S. P.*
- (15) The Spending of Money in Anxiety States. *S. P.*

- (16) —Freud, Sigmund, Ferenczi, Sandor, y Simmel, Ernest: Psychoanalysis and the War Neuroses. *Int. Ps-a. P.*, London, 1921.
- (17) A Particular Form of Neurotic Resistance against the Psychoanalytic Method. *S. P.*
- (18) The Applicability of Psychoanalytic Treatment to Patients at an Advanced Ages. *S. P.*
- (19) The Narcissistic Evaluation of Excretory Processes in Dream and Neuroses. *S. P.*
- (20) Manifestations of the Female Castration Complex. *S. P.*
- (21) Contributions to the Theory of the Anal Character. *S. P.*
- (22) Discussion of Tic. *S. P.*
- (23) The Spider as Dream Symbol. *S. P.*
- (24) The Influence of Oral Erotism on Character Formation. *S. P.*
- (25) Character Formation on the Genital Level of Libido Development. *S. P.*
- (26) A Short Study of the Development of the Libido. *S. P.*
- (27) Psychoanalyse und Gynaekologie. *Z. G. G. LXXXIX*, 1925.
- (28) Psychoanalytical Notes on Coué's Method of Self-Mastery. *Jo. VII*, 1926.
- (29) The History of an Impostor in the Light of Psychoanalytic Knowledge. *Q. IV*, 1935.

ACHELIS, WERNER

- (30) Das Plattenlaufen. *Paed. III*, 1929.

AICHHORN, AUGUST

- (31) Wayward Youth. *Putnam*, London, 1936.
- (32) Zum Verwahrlostenproblem. *Paed. I*, 1926.
- (33) Psychoanalytisches Verstaendnis und Erziehung Dissozialer. In Federn-Meng: *Ps-a. Volksbuch*, 1926.
- (34) Erziehungsberatung. *Paed. VI*, 1932.
- (35) Zur Technik der Erziehungsberatung. *Paed. X*, 1936.

ALEXANDER, FRANZ

- (36) The Castration Complex in the Formation of Character. *Jo. VI*, 1923.
- (37) Psychoanalysis of the Total Personality. *N. M. D. Pub. Co.*, New York and Washington, 1930.
- (38) The Neurotic Character. *Jo. XI*, 1930.
- (39) Concerning the Genesis of the Castration Complex. *R. XXII*, 1935.
- (40) —y Staub, Hugo: The Criminal, the Judge, and the Public. *Allen and Unwin*, London, 1931.
- (41) The Medical Value of Psychoanalysis. *Norton*, New York, 1932.
- (42) The Relation of Structural and Instinctual Conflicts. *Q. II*, 1933.
- (43) The Influence of Psychological Factors upon Gastrointestinal Disturbances. *Q. III*, 1934.
- (44) The Logic of Emotions and Its Dynamic Background. *Jo. X*, 1935.
- (45) —y Wilson, George: Quantitative Dream Studies. *Q. IV*, 1935.
- (46) The Problem of Psychoanalytic Technique. *Q. IV*, 1935.
- (47) —y Healy, William: Roots of Crime: *Knopf*, New York, 1935.
- (48) Addenda to: "The Medical Value of Psychoanalysis". *Q. V*, 1936.
- (49) —y Menninger, William C.: The Relation of Persecutory Delusions to the Functioning of the Gastrointestinal Tract. *J. N. M. D. LXXXIV*, 1936.
- (50) —y Saul, Leon N.: The Human Spirogram. *A. J. Ph. XLIX*, 1937.
- (51) Emotional Factors in Essential Hypertension. *Psychosom. Med. I*, 1939.
- (52) Psychoanalytic Study of a Case of Essential Hypertension. *Psychosom. Med. I*, 1939.
- (53) Psychoanalysis Revised. *Q. IX*, 1940.

- (54) —y Saul, Leon N.: Respiration and Personality. *Psychosom. Med. II*, 1940.
- (55) —et al.: Proceedings of the Brief Psychotherapy Council, October, 1942. *Inst. for Ps-a.*, Chicago, 1942.
- (56) Fundamental Concepts of Psychosomatic Research: Psychogenesis, Conversion, Specificity. *Psychosom. Med. V*, 1943.

ALLEN, CLIFFORD

- (57) Introjection in Schizophrenia. *R. XXVII*, 1935.
- (58) The Sexual Perversions and Abnormalities. *Oxford Medical Pub.*, London, 1940.

ALLEN, FREDERICK H.

- (59) Psychotherapy with Children. *Norton*, New York, 1942.

ALLENDY, R.

- (60) Sadism in Women. *R. XVII*, 1930.

ALMASY, ENDRE

- (61) Daten zur manischen Assoziation und Affektübertragung. *Z. XIX*, 1933.
- (62) Zur Psychoanalyse amentiaehnllicher Faelle. *Z. XXII*, 1936.

ALPERT, AUGUSTA

- (63) The Latency Period. *A. J. Orthops. XI*, 1941.

AMES, THADDEUS H.

- (64) Prevention of Nervous and Mental Disease in Childhood. In Lorand: *Ps-a. Today*, Covici Friede, New York, 1933.

ANDERSON, O. D.

- (65) —y Parmenter, R.: A Long-Term Study of the Experimental Neurosis in the Sheep and Dog. *Psychosom. Med. Monogr.*, New York, 1941.

ANDREAS - SALOME, LOU

- (66) Anal und Sexual. *Im. IV*, 1916.

BACON, CATHERINE

- (67) Typical Personality Trends and Conflics in Cases of Spastic Colitis. *Q. III*, 1934.

BAK, ROBERT

- (68) Regression of Ego-Orientation and Libido in Schizophrenia. *Jo. XX*, 1939.
- (69) Ueber die dynamisch-strukturcllen Bedingungen des primären Beziehungswahnes. *Z. ges. N. P. CLXVI*, 1939.
- (70) Dissolution of the Ego, Mannerism and Delusion of Grandeur. *J. N. M. D. XCVIII*, 1943.

BAKER, DORIS M.

- (71) Cardiac Symptoms in the Neuroses. *Lewis*, London, 1943.

BALINT, ALICE

- (72) Ueber eine besondere Form der infantilen Angst. *Paed.* VII, 1933.
 (73) Liebe zur Mutter und Mutterliebe. *Z.* XXIV, 1939.

BALINT, MICHAEL

- (74) Ueber die Psychoanalyse des Charakters. *Z.* XIX, 1933.
 (75) Charakteranalyse und Neubeginn. *Z.* XX, 1934.
 (76) Der Onanie-Abgewohnungskampf in der Pubertät. *Paed.* VIII, 1934.
 (77) A Contribution to Fetishism. *Jo.* XVI, 1935.
 (78) The Final Goal of Psychoanalytic Treatment. *Jo.* XVII, 1936.
 (79) Frühe Entwicklungsstadien des Ichs: Primäre Objektliebe. *Im* XXIII, 1937.
 (80) A Contribution to the Psychology of Menstruation. *Q.* VI, 1937.
 (81) Eros and Aphrodite. *Jo.* XIX, 1938.

BALLY, GUSTAV

- (82) Zur Frage der Behandlung schizoider Neurotiker. *Z.* XVI, 1930.
 (83) Die Wahrnehmungslehre von Jaensch und ihre Beziehung zu psychoanalytischen Problemen. *Im* XVII, 1931.
 (84) Ueber Hochstapler und Verwahrloste. *Paed.* IX, 1935.

BALSAR, BEN H.

- (85) A Behavior Problem—Runaways. *Psych. Q.* XIII, 1936.

BARINBAUM, MOSES

- (86) Zum Problem des psychophysischen Zusammenhangs mit besonderer Berücksichtigung der Dermatologie. *Z.* XX, 1934.

BARKAS, MARY

- (87) The Treatment of Psychotic Patients in Institutions in the Light of Psychoanalysis. *J. N. Psychop.*, 1925.

BARTEMEIER, LEO H.

- (88) A Counting Compulsion. *Jo.* XXII, 1941.
 (89) Micropsia. *Q.* X, 1941.
 (90) Concerning the Psychogenesis of Convulsive Disorders. *Q.* XII, 1943.

BAUDOUIN, CHARLES

- (91) Ein Fall von Bettnaessen. *Paed.* III, 1929.
 (92) Ein Fall von Kleptomanie. *Paed.* IV, 1930.

BEHN-ESCHENBURG, HANNS

- (93) The Antecedents of the Oedipus Complex. *Jo.* XVI, 1935.

BENDER, LAURETTA

- (94) The Anal Component in Persecutory Delusions. *R.* XXI, 1934.
 (95) —y Schilder, Paul: Suicidal Preoccupations and Attempts in Children. *A. J. Orthops.* VII, 1937.

BENEDEK, THERESE

- (96) Notes from the Analysis of a Case of Erythrophobia. *Jo.* VI, 1925.
 (97) Todestrieb und Angst. *Z.* XVII, 1931.
 (98) Mental Processes in Thyreotoxic States. *Q.* III, 1934.
 (99) Dominant Ideas and Their Relation to Morbid Cravings. *Jo.* XVII, 1936.
 (100) Defense Mechanisms and Structure of the Total Personality. *Q.* VI, 1937.
 (101) Adaptation to Reality in Early Infancy. *Q.* VII, 1938.
 (102) —y Rubenstein, Arnold: The Sexual Cycle in Women. *Psychosom. Med. Monogr.*, Washington, 1942.

BERGLER, EDMUND

- (103) Zur Problematik der Pseudodehilität. *Z.* XVIII, 1932.
 (104) —y Eidelberg, Ludwig: Der Mammakomplex des Mannes. *Z.* XIX, 1933.
 (105) Psychoanalyse eines Falles von Prüfungsangst. *Z. Psychoth.*, 1933.
 (106) Zur Problematik des oralen Pessimisten. *Im* XX, 1934.
 (107) —y Eidelberg, Ludwig: Der Mechanismus der Depersonalisation. *Z.* XXI, 1935.
 (108) Some Special Varieties of Ejaculatory Disturbance not Hitherto Described. *Jo.* XVI, 1935.
 (109) Bemerkungen ueber eine Zwangsneurose in ultimis. *Z.* XXII, 1936.
 (110) Further Observations in the Clinical Picture of Psychogenic Oral Aspermia. *Jo.* XVIII, 1937.
 (111) Die Psychische Impotenz des Mannes. *Huber*, Bern, 1937.
 (112) Preliminary Phases of the Masculine Beating Fantasy. *Q.* VII, 1938.
 (113) Beiträge zur Psychologie der Eifersucht. *Z.* XXV, 1939.
 (114) On the Psychoanalysis of the Ability to Wait and of Impatience. *R.* XXVI, 1939.
 (115) Four Types of Neurotic Indecisiveness. *Q.* X, 1940.
 (116) The Gambler: A Misunderstood Neurotic. *J. Crim. Psych.* IV, 1943.
 (117) Legorrhoea. *Psych. Q.* XVIII, 1944.
 (118) A New Approach to the Therapy of Erythrophobia. *Q.* XIII, 1944.

BERKELEY-HILL, OWEN

- (119) The Anal Complex and Its Relation to Delusions of Persecution. *Jo.* IV, 1923.
 (120) Flatus and Aggression. *Jo.* XI, 1930.

BERLINER, BERNHARD

- (121) Libido and Reality in Masochism. *Q.* X, 1940.
 (122) Short Psychoanalytic Psychotherapy; Its Possibilities and Its Limitations. *Menn. Bull.* V, 1941.

BERNER, EMMA

- (123) Eine Einschlafstörung aus Todesangst. *Paed.* XI, 1937.

BERNFELD, SIEGFRIED

- (124) Zur Psychologie der Lektüre. *Z.* III, 1915.
 (125) Zur Psychologie des Unmusikalischen. *Arch. ges. Psych.* XXXIV, 1918.

- (126) Zur Idiosynkrasie gegen Speisen. *Z. V.*, 1919.
 (127) Bemerkungen ueber Sublimierung. *Im.* VIII, 1921.
 (128) Ueber eine typische Form der maennlichen Pubertaet. *Im.* IX, 1923.
 (129) Vom dichterischen Schaffen der Jugend. *Int. Ps-a. V.*, Wien, 1924.
 (130) Ueber Faszination. *Im.* XIV, 1928.
 (131) Sisyphos, oder ueber die Grenzen der Erziehung. *Jnt. Ps-a. V.*, Vienna, 1928.
 (132) Einige spekulative Bemerkungen ueber die psychologische Bewertung telepathischer Prozesse. *Z. ges. N. P.*, 1928.
 (133) Der soziale Ort und seine Bedeutung fuer Neurose. Verwahrlosung und Paedagogik. *Im.* XV, 1929.
 (134) Psychology of the Infant. *Kegan Paul*, London, 1929.
 (135) Selbstmord. *Paed.* III, 1929.
 (136) Die Tantalussituation. *Im.* XVII, 1931.
 (137) Zur Sublimierungstheorie. *Im.* XVII, 1931.
 (138) Ueber die Einteilung der Triebe. *Im.* XXI, 1935.
 (139) Types of Adolescence. *Q.* VII, 1938.
 (140) Freud's Earliest Theories and the School of Helmholtz. *Q.* XIII, 1944.

BERTSCHINGER, H.

- (141) Illustrierte Halluzinationen. *Y.* III, 1911.

BIBRING, EDWARD

- (142) Klinische Beitrage zur Paranoiafrage, I: Zur Psychologie der Todesideen bei paranoider Schizophrenie. *Z.* XIV, 1928.
 (143) Klinische Beitrage zur Paranoiafrage, II: Ein Fall von Organ-Projektion. *Z.* XV, 1929.
 (144) The Development and Problems of the Theory of the Instincts. *Jo.* XXI, 1941.
 (145) The Conception of the Repetition Compulsion. *Q.* XII, 1943.

BIBRING-LEHNER, GRETE

- (146) Ueber die phallische Phase und ihre Stoerungen beim Maedchen. *Paed.* VII, 1933.
 (147) Ueber eine orale Komponente bei maennlicher Inversion. *Z.* XXV, 1940.

BIEN, E.

- (148) The Clinical Psychogenic Aspects of Pruritus. *R.* XX, 193

BINSWANGER, L.

- (149) Psychoanalyse und klinische Psychiatrie. *Z.* VII, 1921.

BIVIN, GEORGE D.

- (150) —y Klinger, M. P.: Pseudocycsis. *Principia Press*, Bloomington, Iud, 1937.

BJERRE, PAUL

- (151) Zur Radikalbehandlung der chronischen Paranoia. *Y.* III, 1911.

BLAIR, DONALD

- (152) Prognosis in Schizophrenia. *J. M. S.* LXXXVI, 1940.

BLANCO, IGNAZIO MATTE

- (153) On Introjection and the Processes of Psychic Metabolism. *Jo.* XXII, 1941.

BLANTON, SMILEY

- (154) What is the Problem of Stuttering? *J. Ab. P.* XIII, 1918.
 (155) —y Blanton, Margaret Gray: For Stutterers. *Appleton-Century*, New York, 1936.
 (156) Analytic Study of a Cure at Lourdes. *Q.* IX, 1940.

BLEULER, EUGEN

- (157) Alkohol und Neurosen. *Y.* III, 1911.

BLUM, ERNST

- (158) The Psychology of Study and Examinations. *Jo.* VII, 1926.

BLUMGART, LEONARD

- (159) A Short Communication on Repression. *R.* IV, 1916.

BOEHM, FELIX

- (160) Beitrage zur Psychologie der Homosexualitaet. *Z.* VI, 1920, y *Z.* VIII, 1922.
 (161) Bemerkungen ueber Transvestitismus. *Z.* IX, 1923.
 (162) Homosexualitaet und Oedipuskomplex. *Z.* XII, 1926.
 (163) The Femininity Complex in Man. *Jo.* XI, 1930.
 (164) Ueber zwei Typen von maennlichen Homosexuellen. *Z.* XIX, 1933.
 (165) Anthropophagy, Its Forms and Motives. *Jo.* XVI, 1935.

BOISEN, ANTON T.

- (166) The Form and Content of Schizophrenic Thinking *Ps.* V, 1942.

BONAPARTE, MARIE

- (167) Ueber die Symbolik der Kopftrophaeen. *Im.* XIV, 1928.
 (168) Die Identifizierung einer Tochter mit ihrer verstorbenen Mutter. *Z.* XV, 1929.
 (169) Eine kleptomane Anwandlung. *Z.* XVI, 1930.
 (170) Der Mensch und sein Zahnarzt. *Im.* XIX, 1933.
 (171) Passivity, Masochism and Frigidity. *Jo.* XVI, 1935
 (172) Time and the Unconscious. *Jo.* XXI, 1940.

BORNSTEIN, BERTA

- (173) Zur Psychogenese der Pseudodementia. *Z.* XVI, 1930.
 (174) Beziehungen zwischen Sexual- und Intellektentwicklung. *Paed.* IV, 1930.
 (175) Phobia in a Two-and a-half-year-old Child. *Q.* IV, 1934.
 (176) Leugnung durch die Phantasie. *Paed.* X, 1936.

BORNSTEIN, STEFF

- (177) Zum Problem der narzisstischen Identifizierung. *Z.* XVI, 1930.
 (178) Ein Beitrag zur Psychoanalyse des Paedagogen. *Paed.* VII, 1933.
 (179) A Child Analysis. *Q.* IV, 1935.
 (180) Missverstaendnisse der psychoanalytischen Paedagogik. *Paed.* XI, 1937.

BORNSTAJN, MAURICY

- (181) Schizophrene Symptome im Lichte der Psychoanalyse. *Z. XII*, 1926.

BOSS, M.

- (182) Körperliches Kranksein als Folge seelischer Gleichgewichtsstörungen. *Huber*, Bern, 1940.

BRAATØY, TRYGVE

- (183) Männer zwischen 15 und 25 Jahren. *Fabritius u. Sonner*, Oslo, 1934.
 (184) The Prognosis in Schizophrenia, with Remarks Regarding Diagnosis and Therapy. *Acta Ps. et N.* XI, 1936.

BRADLEY, CHARLES

- (185) Schizophrenia in Childhood. *Macmillan*, New York, 1941.
 (186) —y Bowen, Margaret: Behavior Characteristics of Schizophrenic Children. *Psych. Q.* XV, 1941.

BREUER, JOSEPH

- (187) —y Freud, Sigmund: The Psychic Mechanism of Hysterical Phenomena. N° 4 in *S. P. H.*
 (188) —y Freud, Sigmund: Studies in Hysteria. *N. M. D. Publ. Co.*, New York and Washington, 1936. (1ª edición alemana Deuticke, Leipzig, 1895.)

BRIEHL, WALTER

- (189) —y Kulka, Ernst: Lactation in a Virgin. *Q.* IV, 1935.

BRIERLEY, MARJORIE

- (190) Specific Determinants in Feminine Development. *Jo. XVII*, 1936.
 (191) Affects in Theory and Practice. *Jo. XVIII*, 1937.
 (192) A Prefatory Note on Internalized Objects and Depression. *Jo. XX*, 1939.

BRILL, A. A.

- (193) Psychological Factors in Dementia Praecox: An Analysis. *J. Ab. P.* III, 1908.
 (194) Anal Eroticism and Character. *J. Ab. P.* VII, 1912.
 (195) The Only or Favorite Child in Adult Life. *N. Y. S. J. M.*, August, 1912.
 (196) Hysterical Dreamy States. *N. Y. M. J.* XCV, 1912.
 (197) Psychoanalysis: Its Theories and Practical Application. *Saunders*, Philadelphia and London, 1ª ed., 1913.
 (198) Artificial Dreams and Lying. *J. Ab. P.* IX, 1914.
 (199) Fundamental Conceptions of Psychoanalysis. *Harcourt, Brace*, New York, 1921.
 (200) The application of Psychoanalysis to Psychiatry. *J. N. M. D.* LXVIII, 1928.
 (201) Diagnostic Errors in Neurasthenia. *M. R. R.*, 1930.
 (202) The Sense of Smell in the Neuroses and Psychoses. *Q.* I, 1932.
 (203) The Schizoid Concept in Neuroses and Psychoses. In *Schizophrenia: Assn. Research* N. M. D., Hoeber, New York, 1938.
 (204) The Concept of Psychic Suicide. *Ja. XX*, 1939.

BROMBERG, WALTER

- (205) —y Schilder, Paul: Psychological Considerations in Alcoholic Hallucinations. *Jo. XIV*, 1933.
 (206) —y Schilder, Paul: Death and Dying. *R.* XX, 1933.
 (207) —y Schilder, Paul: Attitude of Psychoneurotics towards Death. *R.* XXIII, 1936.

BROWN, J. F.

- (208) The Psychodynamics of Abnormal Behavior. *McGraw-Hill*, New York, 1940.

BRUCH, HILDE

- (209) —y Touraine, Grace: Obesity in Childhood. *Psychosom. Med.* II, 1940.
 (210) Obesity in Childhood and Personality Development. *A. J. Orthops.* XI, 1941.
 (211) Psychiatric Aspects of Obesity in Children. *A. J.* XCIX, 1943.

BRUN, R.

- (212) Zur Psychoanalyse des Stotterns. *Z.* IX, 1922.

BRUNNER, M.

- (213) Beeinflussung des Stotterns. *Paed.* X, 1936.

BRYAN, DOUGLASS

- (214) A Note on the Tongue. *Jo.* III, 1922.
 (215) Speech and Castration: Two Unusual Analytic Hours. *Jo.* VI, 1925.
 (216) Bisexuality. *Jo.* XI, 1930.

BULLARD, DEXTER M.

- (217) The Application of Psychoanalytic Psychiatry to the Psychoses. *R.* XXVI, 1939.
 (218) Experiences in the Psychoanalytic Treatment of Psychotics. *Q.* IX, 1940.
 (219) The Organization of Psychoanalytic Procedure in the Hospital. *J. N. M. D.* XCI, 1940.

BUNKER, HENRY ALLEN

- (220) The Voice as (Female) Phallus. *Q.* III, 1934.

BURLINGHAM, DOROTHY

- (221) Child Analysis and the Mother. *Q.* IV, 1935.
 (222) Phantasie und Wirklichkeit in einer Kinderanalyse. *Z.* XXIV, 1939.
 (223) Psychic Problems of the Blind. *A. Im.* II, 1941.

BURROW, TRIGANT

- (224) The Group Method of Psychoanalysis. *R.* XIV, 1927.
 (225) The Structure of Insanity. *Paul, Trench and Trubner*, London, 1932.

BUXBAUM, EDITH

- (226) Angstausserungen von Schulmädchen im Pubertätsalter. *Paed.* VII, 1933.
 (227) Exhibitionistic Onanism in a Ten-year-old Boy. *Q.* IV, 1935.

BYCHOWSKI, GUSTAV

- (228) Psychoanalytisches aus der psychiatrischen Abteilung. *Z.* XI, 1921.
 (229) Zur Psychopathologie der Brandstiftung. *Schw. A. N. P.* V., 1922.

- (230) A Case of Oral Delusions of Persecution. *Jo.* XI, 1930.
 (231) Psychoanalyse im hypoglykaemischen Zustand. *Z.* XXIII, 1937.
 (232) One Relation between the Ego and the Superego. *R.* XXX, 1943.
 (233) Disorders in the Body Image in the Clinical Pictures of Psychoses. *J. N. M. D.* XCVII, 1943.
 (234) Physiology of Schizophrenic Thinking. *J. N. M. D.* XCVIII, 1943.

CAMERON, NORMAN

- (235) Schizophrenic Thinking in a Problem-Solving Situation. *J. M. S.* LXXXV, 1939.
 (236) Deterioration and Regression in Schizophrenic Thinking. *J. Ab. P.* XXXIV, 1939.

CAMERON, WILLIAM M.

- (237) The Treatment of Children in Psychiatric Clinics with Particular Reference to the Use of Play Techniques. *Menn. Bull.* IV, 1940.

CAMPBELL, C. MACFIE

- (238) The Form and Content of the Psychoses; the Role of Psychoanalysis in Psychiatry. *Cornell Univ. Med. Bull.* V, 1915.
 (239) Clinical Studies in Schizophrenia: A Follow-up Study of a Small Group of Cases of Deterioration with Few Special Trends (Schizophrenic Surround). *A. J. P.* XCIX, 1943.

CANNON, WALTER B.

- (240) Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage. *Appleton*, New York, 1929.
 (241) The Wisdom of the Body. *Norton*, New York, 1932.
 (242) The Role of Emotion in Disease. *Ann. Int. Med.*, 1936.

CANTOR, NATHANIEL

- (243) What is a Normal Mind? *A. J. Orthops.* XI, 1941.

CARMICHAEL, HUGH T.

- (244) A Psychoanalytic Study of a Case of Eunuchoidism. *Q.* X, 1941.

CARP, E. A. D. E.

- (245) Die Rolle der praegenitalen Libidofixierung in der Perversion. *Z.* X, 1924.

CARVER, ALFRED

- (246) Notes on the Analysis of a Case of Melancholia. *J. N. Ps.* I, 1921.

CASSITY, J. H.

- (247) Psychological Considerations of Pedophilia. *R.* XIV, 1926.

CHADWICK, MARY

- (248) A Case of Kleptomania in a Girl of Ten Years. *Jo.* VI, 1925.
 (249) Ueber die Wurzeln der Wissbegierde. *Z.* XI, 1925.
 (250) The Psychological Problem of the Foster Child. *Child*, May, 1925.
 (251) Notes upon the Acquisition of Knowledge. *R.* XIII, 1926.

- (252) Die Unterscheidung zwischen Ton und Sprache in der fruehen Kindheit. *Paed.* II, 1928.
 (253) Difficulties in Child Development. *Allen and Unwin*, London, 1928.
 (254) Notes upon the Fear of Death. *Jo.* X, 1929.
 (255) The Psychological Effects of Menstruation. *N. M. D. Pub. Co.*, New York and Washington, 1932.
 (256) Adolescent Girlhood. *Allen and Unwin*, London, 1932.
 (257) Women's Periodicity. *Noel Douglas*, London, 1933.

CHASE, LOUIS S.

- (258) —y Silverman, S.: Prognostic Criteria in Schizophrenia. *A. J. P.*, 1941.
 (259) —y Silverman, Samuel: Prognosis in Schizophrenia. *J. N. M. D.* XCVIII, 1943.

CHASELL, JOSEPH

- (260) Family Constellation in the Etiology of Essential Alcoholism. *Ps.* I, 1938.
 (261) Psychoanalytic Therapy in a Mental Hospital. *Ps.* III, 1940.

CHIJS, A. VAN DER

- (262) Ueber Halluzinationen und Psychoanalyse. *Z.* V, 1919.

CHRISTOFFEL, H.

- (263) Harntriebaeusserungen, insbesondere Enuresis, Urophilie und Uropolemie. *Z.* XXI, 1935.
 (264) Exhibitionism and Exhibitionists. *Jo.* XVII, 1936.
 (265) Bemerkungen ueber zweierlei Mechanismen der Identifizierung. *Im.* XXIII, 1937.

CLARDY, E. R.

- (266) —y Goldensohn, L. N.: Schizophrenic-like Reactions in Children. *Psych. Q.* XV, 1941.

CLARK, L. PIERCE

- (267) The Nature and Pathogenesis of Epilepsy. *N. Y. M. J.*, 1914.
 (268) Some Observations upon the Aetiology of Mental Torticollis. *M. R.*, February, 1914.
 (269) A Personality Study of the Epileptic Constitution. *A. J. M. S.* XLVIII, 1914.
 (270) A Further Study upon Mental Torticollis as a Psychoneurosis. *M. R.*, March, 1914.
 (271) Clinical Studies in Epilepsy. *P. B.* IX, 1916.
 (272) A Further Study of Mental Content in Epilepsy. *P. B.*, October, 1917.
 (273) A Psychological Study of Some Alcoholics. *R.* VI, 1919.
 (274) Practical Remarks upon the Use of Modified Psychoanalysis in the Borderline Neuroses and Psychoses. *R.* VI, 1919.
 (275) The Psychological Treatment of Retarded Depressions. *A. J. I.* XLV, 1919.
 (276) A Clinical Study of Some Mental Contents in Epileptic Attacks. *R.* VII, 1920.
 (277) A Study of Unconscious Motivations in Suicides. *N. Y. M. J.*, September, 1922.
 (278) The Fantasy Method of Analyzing Narcissistic Neuroses. *R.* XIII, 1925.
 (279) The Question of Prognosis in Narcissistic Neuroses and Psychoses. *Jo.* XIV, 1933.
 (280) What is the Psychology of Organic Epilepsy? *R.* XX, 1933.
 (281) What is the Psychology of Little's Disease? *R.* XXI, 1934.

COHN, FRANZ

- (282) Analyse eines Falles von Strassenangst. *Z. XIV*, 1928.
 (283) Practical Approach to the Problem of Narcissistic Neuroses. *Q. IX*, 1940.

CONNELL, E. H.

- (284) The Significance of the Idea of Death in the Neurotic Mind. *M. IV*, 1924.

CONRAD, AGNES

- (285) Analysis of a Case of Chronic Invalidism with Hysterical Mechanism Complicating Organic Disease. *R. XXII*, 1935.

COOK, S. W.

- (286) A Survey of the Methods Used to Produce Experimental Neuroses. *A. J. P. XCV*, 1939.

CORIAT, ISADOR H.

- (287) Some Statistical Results of the Psychoanalytic Treatment of the Psychoneuroses. *R. IV*, 1917.
 (288) The Treatment of Dementia Praecox by Psychoanalysis. *J. Ab. P. XII*, 1917.
 (289) Suggestion as a Form of Medical Magic. *J. Ab. P. XVIII*, 1923.
 (290) The Character Traits of Urethral Eroticism. *R. XI*, 1924.
 (291) The Oral-Erotic Components of Stammering. *Jo. VIII*, 1927.
 (292) Stammering. *N. M. D. Pub. Co.*, New York and Washington, 1928.
 (293) The Oral Libido in Language Formation. *Jo. X*, 1929.
 (294) A Psychoanalytic Theory of Hallucinations. *R. XXI*, 1934.
 (295) The Structure of the Ego. *Q. IX*, 1940.
 (296) A Note on the Medusa Symbolism. *A. Im. II*, 1941.

CRANK, HARLAN

- (297) The Use of Psychoanalytic Principles in Outpatient Psychotherapy. *Menn. Bull. IV*, 1940.

CRONIN, HERBERT J.

- (298) An Analysis of the Neuroses of Identical Twins. *R. XX*, 1933.

CROWLEY, RALPH M.

- (299) Psychoanalytic Literature on Drug Addiction and Alcoholism. *R. XXVI*, 1939.

CRUTCHER, ROBERTA

- (300) Child Psychiatry. *Ps. VI*, 1943.

DANIELS, G. E.

- (301) Turning Points in the Analysis of a Case of Alcoholism. *Q. II*, 1933.
 (302) Neuroses Associated with the Gastrointestinal Tract. *A. J. P. XCI*, 1934.
 (303) Analysis of a Case of Neurosis with Diabetes Mellitus. *Q. V*, 1936.
 (304) Present Trends in the Evaluation of Psychic Factors in Diabetes Mellitus. *Psychosom. Med. I*, 1939.
 (305) Treatment of a Case of Ulcerative Colitis Associated with Hysterical Depression. *Psychosom. Med. II*, 1940.
 (306) Psychiatric Aspects of Ulcerative Colitis. *New Engl. J. M. CCXXVI*, 1942.

DAVIS, KINGSLEY

- (307) Mental Hygiene and the Class Structure. *Ps. I*, 1938.
 (307a) Intrapsychic Factors in the Choice of a Sexual Object. *Q. XII*, 1943.

DERI, FRANCES

- (308) On Sublimation. *Q. VIII*, 1939.
 (309) On Neurotic Disturbances of Sleep. *Jo. XXIII*, 1942.

DESPERT, J. LOUISE

- (310) Thinking and Motility Disorder in a Schizophrenic Child. *Psych. Q. XV*, 1941.

DEUTSCH, FELIX

- (311) Psychoanalyse und Organkrankheiten. *Z. VIII*, 1922.
 (312) —y Kauf, E.: Ueber die Ursachen der Krieslaufstoerungen bei den Herzneurosen. *Z. ges. exp. M. XXXIV*, 1923.
 (313) Zur Bildung des Konversionssymptoms. *Z. X*, 1924.
 (314) Der gesunde und der kranke Koerper in psychoanalytischer Betrachtung. *Z. XII*, 1926.
 (315) Studies in Pathogenesis: Biological and Psychological Aspects. *Q. II*, 1933.
 (316) The Choice of Organ in Organ Neurosis. *Jo. X*, 1939.
 (317) The Production of Somatic Disease by Emotional Disturbance. *Williams and Wilkins*, Baltimore, 1939.
 (318) Review of French-Alexander: Psychogenic Factors in Bronchial Asthma. *Q. XII*, 1943.

DEUTSCH, HELENE

- (319) Zur Psychologie des Misstrauens. *Im. VII*, 1920.
 (320) Ueber die pathologische Luege (Pseudologia phantastica). *Z. VIII*, 1922.
 (321) Zur Psychogenese eines Tie-Falles. *Z. XI*, 1925.
 (322) Zur Psychologie der weiblichen Sexualfunktionen. *Int. Ps-a. V.*, Wien, 1925.
 (323) A Contribution to the Psychology of Sport. *Jo. VII*, 1926.
 (324) Ueber Zufriedenheit, Glueck und Ekstase. *Z. XIII*, 1927.
 (325) The Genesis of Agoraphobia. *Jo. X*, 1929.
 (326) The Significance of Masochism in the Mental Life of Women. *Jo. XI*, 1930.
 (327) Psychoanalysis of the Neuroses. *Hagarth Press and Inst. of Ps-a.*, London, 1933.
 (328) On Female Homosexuality. *Q. I*, 1932.
 (329) Homosexuality in Women. *Jo. XIV*, 1933.
 (330) Zur Psychologie der manisch-depressiven Zustaende, inshesondere der chronischen Hypomanie. *Z. XIX*, 1933.
 (331) Ueber einen Typus der Pseudo-Affektivitaet ("als ob"). *Z. XX*, 1934.
 (332) Absence of Grief. *Q. VI*, 1937.
 (333) Some Forms of Emotional Disturbance and Their Relationship to Schizophrenia. *Q. XI*, 1942.

DEXTER, LEWIS A.

- (334) A Note on the Unification of Sociology and Physiology. *Ps. VI*, 1943.

DOLLARD, JOHN

- (335) —y otros: Frustration and Aggression. *Yale Univ. Press*, New Haven, 1939.

DOOLEY, LUCILLE

- (336) A Psychoanalytic Study of Manic-Depressive Psychoses. *R.* VIII, 1921.
 (337) The Relation of Humor to Masochism. *R.* XXVIII, 1941.
 (338) The Concept of Time in Defense of Ego Integrity. *Ps.* IV, 1941.

DREYFUSS, KARL

- (339) Ueber die Bedeutung des psychischen Traumas in der Epilepsie. *Z.* XXII, 1936.
 (340) Zur Theorie der traumatischen Neurose. *Z.* XXVI, 1941.

DRUECK, CHARLES J.

- (341) Essentil Pruritus Perinei. *J. N. M. D.* XCVII, 1943.

DUNBAR, FLANDERS

- (342) Emotions and Bodily Changes. *Columbia Univ. Press, New York*, 1938.
 (343) Psychosomatic Diagnosis *Hoerber, New York*, 1944.

DUNN, WILLIAM H.

- (344) Emotional Factors in Neurocirculatory Asthenia. *Psychosom. Med.* IV, 1942.

EDDISON, H. W.

- (345) The Love Object in Mania. *Jo.* XV, 1934.

EDER, M. D.

- (346) Das Stottern, eine Psychoneurose, und seine Behandlung durch Psychoanalyse. *Z.* I, 1913.
 (347) War Shock: The Psychoneuroses in War. *Heinemann, London*, 1917.
 (348) On the Economics and the Future of the Superego. *Jo.* X, 1929.

EIDELBERG, LUDWIG

- (349) Zur Metapsychologie des Masochismus. *Z.* XIX, 1933.
 (350) Zur Theorie und Klinik der Perversion. *Z.* XIX, 1933.
 (351) Beitrage zum Studium des Masochismus. *Z.* XX, 1934.
 (352) Zur Genese der Platzangst und des Schreibkrampfes. *Z.* XXII, 1936.
 (353) Pseudo-Identification. *Jo.* XIX, 1938.

EISENBUD, JULE

- (354) Effect of Repression on the Somatic Expression of Emotion. *Psychosom. Med.* I, 1939.

EISENDORFER, ARNOLD

- (355) The Clinical Significance of the Single-Parent Relationship in Women. *Q.* XII, 1943.

EISLER, MICHAEL JOSEPH

- (356) Ein Fall von krankhafter Schamsucht. *Z.* V, 1919.
 (357) Ueber autoerotische Mitbewegungen bei der Onanie. *Z.* VI, 1920.
 (358) Pleasure in Sleep and Disturbed Capacity for Sleep. *Jo.* III, 1922.
 (359) Uterine Phenomena in Hysteria. *Jo.* IV, 1923.

EISSLER, KURT

- (360) On Certain Problems of Female Sexual Development. *Q.* VIII, 1939.
 (361) Some Psychiatric Aspects of Anorexia Nervosa. *R.* XXX, 1943.
 (362) Schizophrenia: Structural Analysis and Metrazol Treatment. *Ps.* VI, 1943.
 (363) Limitations to the Psychotherapy of Schizophrenics. *Ps.* VI, 1943.

EITINGON, MAX

- (364) Ueber das Unbewusste bei Jung und seine Wendung ins Ethische. *Z.* II, 1914.

EKMAN, TORE

- (365) Phaenomenologisches und Psychoanalytisches zum Problem des Mitleids. *Z.* XXVI, 1941.

ELIASBERG, W.

- (366) Remarks on the Psychopathology of Pornography. *J. Crim. Psych.* III, 1942.

ELMORE, ELLIANE

- (367) Mrs. Miller: A Study of Psychic Blindness. *R.* XXIII, 1936.

EMERSON, L. E.

- (368) The Psychoanalytic Treatment of Hystero-Epilepsy. *J. Ab. P.* X, 1915.
 (369) Some Psychoanalytic Studies of Character. *J. Ab. P.* XI, 1916.

ENGLISH, O. SPURGEON

- (370) —y Pearson, Gerald H. J.: Common Neuroses of Children and Adults. *Norton, New York*, 1937.

ERICKSON, MILTON H.

- (371) A Study of an Experimental Neurosis Hypnotically Induced in a Case of Ejaculatio Praecox. *M.* XV, 1935.
 (372) Development of Apparent Unconsciousness during Hypnotic Re-Living of a Traumatic Experience. *Arch. N. Ps.* XXXVIII, 1937.
 (373) —y Kubie, Lawrence: The Use of Automatic Drawing in the Interpretation and Relief of a State of Acute Obsessional Depression. *Q.* VII, 1938.
 (374) —y Kubie, L.: The Permanent Relief of an Obsessional Phobia by Means of Communications with an Unsuspected Dual Personality. *Q.* VIII, 1939.
 (375) The Applications of Hypnosis to Psychiatry. *M. R.* XC, 1939.
 (376) —y Kubie, L.: The Translation of the Cryptic Automatic Writing of One Hypnotic Subject by Another in a Trance-like Dissociated State. *Q.* IX, 1940.
 (377) —y Kubie, L.: The Successful Treatment of a Case of Acute Hysterical Depression by a Return under Hypnosis to a Critical Phase of Childhood. *Q.* X, 1941.
 (378) Hypnosis: A General Review. *Dis. Nerv.* S. II, 1941.

ERICKSON-HOMBURGER, ERIK

- (379) Configuration in Play. *Q.* VI, 1937.
 (380) Observations on the Yurok: Childhood and World Image. *Univ. of Calif. Press, Berkeley and Los Angeles*, 1943.

EVANS, F

- (381) —y Jelliffe, S. E.: Psoriasis as a Hysterical Conversion Symbolization. *N. Y. M. J.* CIV, 1916.

FARROW, A. PICKWORTH

- (382) A Method of Self-Analysis. *M.* V, 1925.
 (383) A Practical Method of Self-Analysis. *Allen and Unwin*, London, 1942.

FAULKNER, WILLIAM B.

- (384) Esophageal Spasm. *J. N. M. D.* XCIII, 1941.

FEDERN, PAUL

- (385) Beitrage zur Analyse des Sadismus und Masochismus. *Z.* I, 1913, and *Z.* II, 1914.
 (386) Die Geschichte einer Melancolic. *Z.* IX, 1923.
 (387) Some Variations in Ego-Feeling. *Jo.* VII, 1926.
 (388) —y Meng, Heinrich: Das psychoanalytische Volksbuch. *Hippokrates Verlag*, Stuttgart, 1926.
 (389) Narcissism in the Structure of the Ego. *Jo.* IX, 1928.
 (390) An Everyday Compulsion. *Jo.* X, 1929.
 (391) Das Ich als Subjekt und Objekt im Narzissmus. *Z.* XV, 1929.
 (392) The Neurasthenic Core in Hysteria. *M. R. R.*, 1930.
 (393) Psychoanalytische Auffassung der intellektuellen Hemmung. *Paed.* IV, 1930.
 (394) The Analysis of Psychotics. *Jo.* XV, 1934.
 (395) Zur Unterscheidung des gesunden und krankhaften Narzissmus. *Im.* XXIII.
 (396) The Determination of Hysteria versus Obsessional Neurosis. *R.* XXVII, 1940.
 (397) Psychoanalysis of Psychoses. I-III. *Psych. Q.* XVII, 1943.

FEIGENBAUM, DORIAN

- (398) A Case of Hysterical Depression. *R.* XIII, 1926.
 (399) Analysis of a Case of Paranoia Persecutoria, Structure and Cure. *R.* XVII, 1930.
 (400) Note on the Theory of Libidinal Types. *Q.* I, 1932.
 (401) On Projection. *Q.* V, 1936.
 (402) Depersonalization as a Defense Mechanism. *Q.* VI, 1937.

FELDMANN, SANDOR

- (403) Ueber Krankheitsanlaesse bei Psychosen. *Z.* VII, 1921.
 (404) Puerperal Neuroses. *Jo.* IV, 1922.
 (405) On Blushing. *Q.* XV, 1941.
 (406) On the Fear of Being Buried Alive. *Psych. O.* XVI, 1942.

FENICHEL, OTTO

- (407) Introjektion und Kastrationskomplex. *Z.* XI, 1925.
 (408) Die Identifizierung. *Z.* XII, 1926.
 (409) Zur oekonomischen Funktion der Deckerinnerungen. *Z.* XIII, 1927.
 (410) Ueber organilibidinoese Begleiterscheinungen der Triebabwehr. *Z.* XIV, 1928.
 (411) Zur Isolierung. *Z.* XIV, 1928.
 (412) The Clinical Aspect of the Need for Punishment. *Jo.* IX, 1928.
 (413) The Inner Injunction to Make a Mental Note. *Jo.* X, 1929.
 (414) The Dread of Being Eaten. *Jo.* X, 1929.

- (415) Eine Traumanalyse. *Z.* XV, 1929.
 (416) The Psychology of Transvestitism. *Jo.* XI, 1930.
 (417) Die therapeutischen Resultate. In: 10 Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. *Int. Ps-a. V.*, Wien, 1930.
 (418) Specific Forms of the Oedipus Complex. *Jo.* XII, 1931.
 (419) The Pregonal Antecedents of the Oedipus Complex. *Jo.* XII, 1931.
 (420) Ueber respiratorische Introjektion. *Z.* XVII, 1931.
 (421) Weiteres zur praeeodipalen Phase der Maedchen. *Z.* XX, 1934.
 (422) Zur Psychologie der Langeweile. *Im.* XX, 1934.
 (423) Ueber Angstabwehr, insbesondere durch Libidinisierung. *Z.* XX, 1934.
 (424) Outline of Clinical Psychoanalysis. *Norton*, New York, 1934.
 (425) Zur Kritik des Todestriebes. *Im.* XXI, 1935.
 (426) Beitrag zur Psychologie der Eifersucht. *Im.* XXI, 1935.
 (427) Ueber Erziehungsmittel. *Paed.* IX, 1935.
 (428) Die symbolische Gleichung Maedchen-Phallus. *Z.* XXII, 1936.
 (429) Fruehe Entwicklungsstadien des Ichs. *Im.* XXIII, 1937.
 (430) The Sceptophilic Instinct and Identification. *Jo.* XVIII, 1937.
 (431) Der Begriff "Trauma" in der heutigen psychoanalytischen Neurosenlehre. *Z.* XXIII, 1937.
 (432) On the Theory of the Therapeutic Results of Psychoanalysis. *Jo.* XVIII, 1937.
 (433) Ego Disturbances and Their Treatment. *Jo.* XIX, 1938.
 (434) The Drive to Amass Wealth. *Q.* VII, 1938.
 (435) The Counter-Phobic Attitude. *Jo.* XX, 1939.
 (436) Ueber Trophäe und Triumph. *Z.* XXIV, 1939.
 (437) Zur Oekonomie der Pseudologia Phantastica. *Z.* XXIV, 1939.
 (438) Problems of Psychoanalytic Technique. *Ps-a. Q. Inc.*, Albany, N. Y., 1939.
 (439) Psychoanalysis of Anti-Semitism. *A. Im.* I, 1940.
 (440) The Ego and the Affects. *R.* XXVIII, 1941.
 (441) On Neurotic Disturbances of Sleep. *Jo.* XXIII, 1942.
 (442) The Misapprehended Oracle. *A. Im.* III, 1942.
 (442a) Notes on a Case of Characteranalysis. *Bull. Forest San.* I, 1943.
 (443) The Psychopathology of Coughing. *Psychosom. Med.* V, 1943.
 (444) Remarks on the Common Phobias. *Q.* XIII, 1944.
 (445) Neurotic Acting Out. *R.* XXXII, 1945.
 (446) On Stage Acting. (Aparecerá en *A. Im.*)

FERENCZI, SANDOR

- (447) Actual and Psychoneuroses in the Light of Freud's Investigations and Psychoanalysis. *F. C.*
 (448) Analytical Interpretations and Treatment of Psychosexual Impotence in Men. *Con.*
 (449) Introjection and Transference. *Con.*
 (450) Alkohol und Neurosen. *Y.* III, 1911.
 (451) Obscene Words. *Con.*
 (452) On the Part Played by Homosexuality in the Pathogenesis of Paranoia. *Con.*
 (453) Suggestion and Psychoanalysis. *F. C.*
 (454) Zur Begriffsbestimmung der Introjektion. *C.* II, 1912.
 (455) On Onanism. *Con.*
 (456) The Psychoanalysis of Suggestion and Hypnosis. *Transactions of the Psycho-Medical Society*, vol. III, London, 1912.
 (457) Stages in the Development of the Sense of Reality. *Con.*
 (458) The Grandfather Complex. *F. C.*
 (459) A Little Chanticleer. *Con.*
 (460) The Ontogenesis of Symbols. *Con.*
 (461) Belief, Disbelief and Conviction. *F. C.*
 (462) Zuehmung eines wilden Pferdes. *C.* III, 1913.

- (463) Flatus as an Adult Prerogative. *F. C.*
 (464) Some Clinical Observations on Paranoia and Paraphrenia. *Con.*
 (465) On the Nosology of Male Homosexuality. *Con.*
 (466) The Origin of the Interest in Money. *Con.*
 (467) Rubbing the Eyes as a Substitute for Onanism. *F. C.*
 (468) Obsessional Neurosis and Piety. *F. C.*
 (469) Falling Asleep during the Analysis. *F. C.*
 (470) On Embarrassed Hands. *F. C.*
 (471) Psychogenic Anomalies of Voice Production. *F. C.*
 (472) On Supposed Mistakes. *F. C.*
 (473) Talkativeness. *F. C.*
 (474) On Two Types of War Neuroses. *F. C.*
 (475) Composite Formations of Erotic and Character Traits. *F. C.*
 (476) Variations of the Shoe as Vagina Symbol. *F. C.*
 (477) Pollution without Dream Orgasm and Dream Orgasm without Pollution. *F. C.*
 (478) Disease or Pathoneuroses. *F. C.*
 (479) The Compulsion to Symmetrical Touching. *F. C.*
 (480) Pecunia Olet. *F. C.*
 (481) Technical Difficulties in an Analysis of Hysteria. *F. C.*
 (482) Thinking and Muscle Innervation. *F. C.*
 (483) Nakedness as a Means of Inspiring Terror. *F. C.*
 (484) Sunday Neuroses. *F. C.*
 (485) Disgust for Breakfast. *F. C.*
 (486) The Phenomena of Hysterical Materialization. *F. C.*
 (487) An Attempted Explanation of Some Hysterical Stigmata. *F. C.*
 (488) The Psychoanalysis of a Case of Hysterical Hypochondria. *F. C.*
 (490) Psychoanalysis and Criminology. *F. C.*
 (491) Further Development of Active Technique. *F. C.*
 (492) Psychoanalytical Observations on Tic. *F. C.*
 (493) Discussion on Tic. *Jo. II*, 1921.
 (494) —y Hollos, Istvan: Psychoanalysis and the Psychic Disorder of General Paresis. *N. M. D. Pub. Co.*, New York, 1925.
 (495) The Psyche as an Inhibiting Organ. *F. C.*
 (496) Social Considerations in Some Analyses. *F. C.*
 (497) Thalassa. *Ps-a. Q. Inc.*, New York, 1938.
 (498) The Sons of the Tailor. *F. C.*
 (499) Materialization in Globus Hystericus. *F. C.*
 (500) The Symbolism of the Medusa's Head. *F. C.*
 (501) Stage-Fright and Narcissistic Self-Observation. *F. C.*
 (502) An "Anal Hollow Penis" in Woman. *F. C.*
 (503) Washing Compulsion and Masturbation. *F. C.*
 (504) —y Rank, Otto: The Development of Psychoanalysis. *N. M. D. Pub. Co.*, New York and Washington, 1925.
 (505) Psychoanalysis of Sexual Habits. *F. C.*
 (506) Contraindications to the Active Psychoanalytical Technique. *F. C.*
 (507) The Problem of the Acceptance of Unpleasant Ideas. *F. C.*
 (508) Gulliver Phantasies. *J. IX*, 1928.
 (509) Aus der Kindheit eines Proletarierraedchen. *Paed.* III, 1929.
 (510) The Principle of Relaxation and Neocatharsis. *Jo. XI*, 1930.
 (511) Child Analysis in the Analysis of Adults. *Jo. XII*, 1931.
 (512) Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind. *Z. XIX*, 1933.
 (513) Gedanken ueber das Trauma. *Z. XX*, 1934.

FESSLER, LADISLAUS

- (514) Psychogene Potenzstoerungen nach urologischen Operationen. *Z. XVII*, 1931.

FINESINGER, JACOB E.

- (515) Effect of Pleasant and Unpleasant Ideas on Respiration in Psychoneurotic Patients. *Arch. N. Ps.* XLII, 1939.

FISCHER, EDMUND

- (516) Geschlecht und Uebertragung. *Paed.* III, 1929.

FLETCHER, JOHN M.

- (517) Homeostasis as an Explanatory Principle in Psychology. *Psychol. Rev.* XLIX, 1942.

FLIESS, ROBERT

- (518) The Metapsychology of the Analyst. *Q. XI*, 1942.

FLUEGEL, J. C.

- (519) A Case of Affective Inhibition of an Intellectual Process. *Jo.* IV, 1923.
 (520) A Note on the Phallic Significance of the Tongue and of Speech. *Jo.* VI, 1925.
 (521) The Psychology of Clothes. *Hogarth Press*, London, 1930.
 (522) Stage Fright and Anal Eroticism. *M.* XVII, 1938.
 (523) The Examination as Initiation Rite and Anxiety Situation. *Jo.* XX, 1939.

FOXE, ARTHUR N.

- (524) Omnipotence as a Defense. *R.* XXV, 1938.

FRANKE, VIKTOR EMIL

- (525) Zur mimischen Bejahung und Verneinung. *Z. X*, 1924.

FRENCH, THOMAS M.

- (526) Psychogenic Material Related to the Function of the Semi-Circular Canals. *Jo.* X, 1929.
 (527) A Clinical Study of Learning in the Course of a Psychoanalytic Treatment. *Q. V*, 1936.
 (528) Reality and the Unconscious. *Q. VI*, 1937.
 (529) Reality-Testing in Dreams. *Q. VI*, 1937.
 (530) Defense and Synthesis in the Function of the Ego. *Q. VII*, 1938.
 (531) Psychogenic Factors in Asthma. *A. J. P.* XCVI, 1939.
 (532) Physiology of Behavior and Choice of Neurosis. *Q. X*, 1941.
 (533) —y Kasanin, J.: A Psychodynamic Study of the Recovery of Two Schizophrenic Cases. *Q. X*, 1941.
 (534) Goal, Mechanism and Integrative Field. *Psychosom. Med.* III, 1941.
 (535) —y Alexander, Franz: Psychogenic Factors in Bronchial Asthma. *Psychosom. Med. Monogr.* II, 1 and 2, and IV, 1941.
 (536) Some Psychoanalytic Applications of the Psychological Field Concept. *Q. XI*, 1942.

FREUD, ANNA

- (537) The Relations of Beating Fantasies to a Daydream. *Jo.* IV, 1923.
 (538) Zur Theorie der Kinderanalyse. *Z. XIV*, 1928.
 (539) Introduction to the Technique of Child Analysis. *N. M. D. Pub. Co.*, New York, 1928.

- (540) Introduction to Psychoanalysis for Teachers and Parents. *Emerson Books*, New York, 1935.
 (541) The Ego and the Mechanisms of Defense. *Hogarth Press*, London, 1937.

FREUD, SIGMUND

- (542) The Defense Neuropsychoses. *S. P. H.*
 (543) Case Histories. From "Studien ueber Hysterie". *S. P. H.*
 (544) The Psychotherapy of Hysteria. *S. P. H.*
 (545) On the Right to Separate from Neurasthenia a Definite Symptom Complex as "Anxiety Neurosis." *S. P. H.* and *C. P. I.*
 (546) Obsessions and Phobias: Their Psychical Mechanisms and their Aetiology. *C. P. I.*
 (547) A Reply to Criticism on the Anxiety Neurosis. *C. P. I.*
 (548) Further Observations on the Defense-Neuropsychoses. *C. P. I.*
 (549) Heredity and the Aetiology of the Neuroses. *C. P. I.*
 (550) The Aetiology of Hysteria. *C. P. I.*
 (551) Sexuality in the Aetiology of the Neuroses. *C. P. I.*
 (552) The Interpretation of Dreams. *Macmillan*, New York, 1913.
 (553) On the Psychopathology of Everyday Life. *Macmillan*, New York, 1914.
 (554) On Psychotherapy. *C. P. I.*
 (555) Three Contributions to the Theory of Sex. *N. M. D. Pub. Co.*, New York and Washington, 1910.
 (556) Wit and Its Relation to the Unconscious. *Moffat, Yard*, New York, 1916.
 (557) Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria. *C. P. III.*
 (558) My Views on the Part Played by Sexuality in the Aetiology of the Neuroses. *C. P. I.*
 (559) Delusion and Dream in Jensen's "Gradiva." *Moffat, Yard*, New York, 1917.
 (560) Obsessive Acts and Religious Practices. *C. P. II.*
 (561) Civilized Sexual Morality and Modern Nervousness. *C. P. II.*
 (562) Hysterical Fancies and Their Relation to Bisexuality. *C. P. II.*
 (563) Character and Anal Erotism. *C. P. II.*
 (564) The Relation of the Poet to Daydreaming. *C. P. IV.*
 (565) General Remarks on Hysterical Attacks. *C. P. II.*
 (566) Analysis of a Phobia in a Five-year-old Boy. *C. P. III.*
 (567) Notes upon a Case of Obsessional Neurosis. *C. P. III.*
 (568) Leonardo da Vinci: A Psychosexual Study of an Infantile Reminiscence. *Moffat, Yard*, New York, 1916.
 (569) The Future Chances of Psychoanalytic Therapy. *C. P. II.*
 (570) Concerning "Wild" Psychoanalysis. *C. P. II.*
 (571) Psychogenic Visual Disturbance according to Psychoanalytical Conceptions. *C. P. II.*
 (572) Contributions to the Psychology of Love. *C. P. IV.*
 (573) Einleitung und Schlusswort zur Selbstmord-Diskussion. In *Ueber den Selbstmord, insbes. den Schuelerselbstmord*, Bergmann, Wiesbaden, 1910.
 (574) Psychoanalytic Notes upon an Autobiographical Account of a Case of Paranoia. *C. P. III.*
 (575) Formulations Regarding the Two Principles in Mental Functioning. *C. P. IV.*
 (576) Types of Neurotic Nosogenesis. *C. P. II.*
 (577) The Dynamics of the Transference. *C. P. II.*
 (578) Recommendations for Physicians on the Psychoanalytic Method of Treatment. *C. P. II.*
 (579) Totem and Taboo. *Moffat, Yard*, New York, 1918.
 (580) Einleitung und Schlusswort der Onanie-Diskussion. In *Die Onanie*, Bergmann, Wiesbaden, 1912.
 (581) The Predisposition to Obsessional Neurosis. *C. P. II.*
 (582) Fausse Reconnaissance (Déjà Raconté) in Psychoanalytic Treatment. *C. P. II.*

- (583) Two Lies Told by Children. *C. P. II.*
 (584) Further Recommendations on the Technique of Psychoanalysis. *C. P. II.*
 (585) On Narcissism: An Introduction. *C. P. IV.*
 (586) The History of the Psychoanalytic Movement. *C. P. I.*
 (587) A Case of Paranoia Running Counter to the Psychoanalytical Theory of the Disease. *C. P. II.*
 (588) Instincts and Their Vicissitudes. *C. P. IV.*
 (589) Repression. *C. P. IV.*
 (590) The Unconscious. *C. P. IV.*
 (591) Thoughts for the Times on War and Death. *C. P. IV.*
 (592) Some Character Types Met with in Psychoanalytic Work. *C. P. IV.*
 (593) On the Transformation of Instincts with Especial Reference to Anal Erotism. *C. P. II.*
 (594) A Connection between a Symbol and a Symptom. *C. P. II.*
 (595) Metapsychological Supplement to the Theory of Dreams. *C. P. IV.*
 (596) Introductory Lectures to Psychoanalysis. *Boni and Liveright*, New York, 1920.
 (597) Mourning and Melancholia. *C. P. IV.*
 (598) One of the Difficulties of Psychoanalysis. *C. P. IV.*
 (599) From the History of an Infantile Neurosis. *C. P. III.*
 (600) Turnings in the Ways of Psychoanalytic Therapy. *C. P. II.*
 (601) A Child Is Being Beaten. *C. P. II.*
 (602) The Uncanny. *C. P. IV.*
 (603) Introduction to "Psychoanalysis of War Neuroses." *Int. Ps-a. P.*, London, 1921.
 (604) The Psychogenesis of a Case of Female Homosexuality. *C. P. II.*
 (605) Beyond the Pleasure Principle. *Int. Ps-a. P.*, London, 1922.
 (606) Group Psychology and the Analysis of the Ego. *Int. Ps-a. P.*, London, 1922.
 (607) Certain Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranoia and Homosexuality. *C. P. II.*
 (608) The Ego and the Id. *Int. of Ps-a. and Hogarth Press*, London, 1927.
 (609) The Infantile Genital Organization of the Libido. *C. P. II.*
 (610) A Neurosis of Demoniacal Possession in the Seventeenth Century. *C. P. IV.*
 (611) Neurosis and Psychosis. *C. P. II.*
 (612) The Passing of the Oedipus Complex. *C. P. II.*
 (613) The Economic Problem in Masochism. *C. P. II.*
 (614) The Loss of Reality in Neurosis and Psychosis. *C. P. II.*
 (615) A Note upon the Mystic Writing Pad. *Jo. XXI*, 1940.
 (616) On Negation. *Jo. VI*, 1923.
 (617) Some Psychological Consequences of the Anatomical Distinction between the Sexes. *Jo. VIII*, 1927.
 (618) The Problem of Anxiety. *Norton*, New York, 1936.
 (619) The Problem of Lay Analysis. *Brentano*, New York, 1927.
 (620) Humor. *Jo. XI*, 1928.
 (621) Fetishism. *Jo. IX*, 1928.
 (622) The Future of an Illusion. *Hogarth Press*, London, 1928.
 (623) Dostojewski and Parricide. *The Realist I*, 1929.
 (624) Civilization and Its Discontents. *Norton*, New York, 1930.
 (625) Libidinal Types. *Jo. XIII*, 1932.
 (626) Female Sexuality. *Jo. XIII*, 1932.
 (627) The Acquisition of Power over Fire. *Jo. XIII*, 1932.
 (628) New Introductory Lectures on Psychoanalysis. *Garden City Pub. Co.*, New York, 1933.
 (629) Analysis Terminable and Interminable. *Jo. XVIII*, 1937.
 (630) Constructions in Analysis. *Jo. XIX*, 1938.
 (631) A Disturbance of Memory on the Acropolis. *Jo. XXI*, 1941.
 (632) Moses and Monotheism. *Knopf*, New York, 1939.
 (633) An Outline of Psychoanalysis. *Jo. XXI*, 1940.
 (634) Medusa's Head. *Jo. XXII*, 1941.
 (635) Splitting the Ego in the Defensive Process. *Jo. XXII*, 1941.

FRIEDJUNG, JOSEPH K.

- (636) Ueber verschiedene Quellen kindlicher Schamhaftigkeit. *Z. I.*, 1913.
 (637) Die Pathologie des einzigen Kindes. *E. inn. M. K.* XVI, 1919.
 (638) Beitrag zum Verstaendnis der Einschlafstoerungen bei Kindern. *W. m. W.*, 1924.
 (639) Zur Kenntnis kindlicher Selbstmordimpulse. *Paed.* III, 1929.

FRIEDLANDER-MISCH, KATE

- (640) Die biologischen Grundlagen der Freud'schen Angsttheorie. *Z. XXI*, 1935.
 (641) On the Longing to Die. *Jo. XXI*, 1940.
 (642) Charlotte Brontë: Zur Frage des masochistischen Charakters. *Z. XXVI*, 1941.
 (643) Children's Books and Their Function in Latency and Puberty. *A. Im.* III, 1942.

FRIEDMAN, M.

- (644) Cleptomania. *R.* XVII, 1930.

FRIES, MARGARET E.

- (645) Interrelationship of Physical, Mental and Emotional Life of a Child, from Birth to Four Years of Age. *A. J. Dis. Child.* XLIX, 1935.
 (646) Play Technique in the Analysis of Young Children. *R.* XXIV, 1937.

FRINK, H. W.

- (647) Report of a Case of Psychogenetic Convulsions Simulating Epilepsy. *N. Y. M. J.*, March, 1911.
 (648) Morbid Fears and Compulsions: Their Psychology and Psychoanalytic Treatment. *Moffat, Yord*, New York, 1918.

FROMM, ERICH

- (649) Zur Psychologie des Verbrechers und der strafenden Gesellschaft. *Im.* XVII, 1931.
 (650) Ueber Methode und Aufgabe einer analytischen Sozialpsychologie. *Z. Soz.* I, 1932.
 (651) Sozialpsychologischer Teil. In *Autorität und Familie*, Félix Alcan, Paris, 1936.
 (652) Selfishness and Self-Love. *Ps.* II, 1939.
 (653) Escape from Freedom. *Farrar and Rinehart*, New York, 1941.
 (654) Faith as a Character Trait. *Ps.* V, 1942.
 (655) Sex and Character. *Ps.* VI, 1943.

FROMM-REICHMANN (REICHMANN DE FROMM), FRIEDA

- (656) Contributios to the Psychogenesis of Migraine. *R.* XXIV, 1937.
 (657) Transferente Problems in Schizophrenics. *Q.* VIII, 1939.
 (658) Notes on the Mother Role in the Family Group. *Menn. Bull.* IV, 1940.
 (659) Recent Advances in Psychoanalytic Therapy. *Ps.* IV, 1941.
 (660) A Preliminary Note on the Emotional Significance of Stereotypes. *Bull. Forest San.* I, 1942.
 (661) Psychoanalytic Psychotherapy with Psychotics. *Ps.* VI, 1943.

FUCHS, S. H.

- (662) On Introjection. *Jo.* XVIII, 1937.

GARMA, ANGEL

- (663) Realtaet und Es in der Schizophrenie. *Z.* XVIII, 1932.
 (664) Psychologie des Selbstmordes. *Im.* XXIII, 1937.

GELEERD, ELIZABETH R.

- (665) The Analysis of a Case of Compulsive Masturbation in a Child. *Q.* XII, 1943.

GERARD, M. W.

- (666) Child Analysis as a Technique in the Investigation of Mental Mechanisms. *A. J. P.* XCIV, 1937.
 (667) Enuresis, a Study in Etiology. *A. J. Orthops.* IX, 1939.

GERÖ, GEORGE

- (668) The Construction of Depression. *Jo.* XVII, 1936.
 (669) Zum Problem der oralen Fixierung. *Z.* XXIV, 1939.
 (670) The Idea of Psychogenesis in Modern Psychiatry and in Psychoanalysis. *R.* XXX, 1943.

GESELL, A., Y OTROS

- (671) The First Five Years of Life. *Harper and Brothers*, New York, 1940.

GILL, MORTON M.

- (672) Functional Disturbances of Menstruation. *Menn. Bull.* VII, 1943.
 (673) —y Brenman, Margaret: Treatment of a Case of Anxiety Hysteria by an Hypnotic Technique Employing Psychoanalytic Principles. *Menn. Bull.* VII, 1943.

GILLESPIE, R. D.

- (674) The Psychotherapy of the Psychoses. *M.* X, 1930.
 (675) Psychological Factors in Asthma. *B. M. J.* I, 1285, 1936.
 (676) Psychological Aspects of Skin Diseases. *B. J. D.* I, 1938.

GILLESPIE, W. H.

- (677) A Contribution to the Study of Fetishism. *Jo.* XXI, 1940.

GITELSON, MAX

- (678) Direct Psychotherapy in Adolescence. *A. J. Orthops.* XII, 1942.
 (679) The Critical Moment in Psychotherapy. *Menn. Bull.* VI, 1942.

GLOVER, EDWARD

- (680) The Significance of the Mouth in Psychoanalysis. *M.* IV, 1924.
 (681) Notes on Oral Character Formation. *Jo.* VI, 1925.
 (682) The Neurotic Character. *Jo.* VII, 1926.
 (683) Einige Probleme der psychoanalytischen Charakterologie. *Z.* XXI, 1926.
 (684) Lectures on Technique in Psychoanalysis. *Jo.* VIII, 1927, and IX, 1928.
 (685) The Etiology of Alcoholism. *Proc. R. S. M.* XXI, 1928.
 (686) The Screening Function of Traumatic Memories. *Jo.* X, 1929.
 (687) The Vehicle of Interpretation. *Jo.* XI, 1930.
 (688) The Psychotherapy of the Psychoses. *M.* X, 1930.

- (689) Sublimation, Substitution and Social Anxiety. *Jo.* XII, 1931.
 (690) The Therapeutic Effect of Inexact Interpretation. *Jo.* XII, 1931.
 (691) The Prevention and Treatment of Drug Addiction. *Lancet*, 1931.
 (692) On the Aetiology of Drug Addiction. *Jo.* XIII, 1932.
 (693) Medico-Psychological Aspects of Normality. *B. J. P.* XXIII, 1932.
 (694) The Relation of Perversion Formation to the Development of the Reality Sense. *Jo.* XIV, 1933.
 (695) A Developmental Study of the Obsessional Neurosis. *Jo.* XVI, 1935.
 (696) A Note on Idealization. *Jo.* XIX, 1938.
 (697) The Psychoanalysis of Affects. *Jo.* XX, 1939.
 (698) Psychoanalysis. *John Bale Medical Pub. Co.*, London, 1939.

GLOVER, JAMES

- (699) Notes on the Psychopathology of Suicide. *Jo.* III, 1922.
 (700) The Conception of the Ego. *Jo.* VII, 1926.
 (701) Notes on an Unusual Form of Perversion. *Jo.* VIII, 1927.

GLUECK, EDITH

- (702) Schauspieler der Wirklichkeit. Paper read at the Hungarian *Ps-a. Society*, 1934.

GOLDMAN, GEORGE S.

- (703) A Case of Compulsive Handwashing. *Q.* VII, 1938.

GOLDSTEIN, KURT

- (704) —y Steinfeld, Julius J.: The Conditioning of Sexual Behavior by Central Agnosia. *Bull. Forest San.* I, 1942.
 (705) The Significance of Psychological Research in Schizophrenia. *J. N. M. D.* XCVII, 1943.

GORELIK, BASEL

- (706) Certain Reaction Formation against Oral Impulses. *Jo.* XII, 1931.
 (707) Die Ambivalenz des Kindes. *Inst. Ps-a.* V., Wien, 1925.
 (708) Redehemmung und Analerotik. *Paed.*, II, 1928.
 (709) Realitätsprüfung und Weltuntergangssphobie. *Paed.* III, 1929.
 (710) Neurotische Typisierung. *Z.* XVII, 1931.
 (711) Aus der Analyse eines nachtwandelnden Knaben. *Merlin Verlag*, Baden-Baden, 1932.
 (712) Die zweierlei Mechanismen der Identifizierung. *Im.* XXIII, 1937.

GREENACRE, PHYLLIS

- (713) Surgical Addiction: Clinical Case Abstract. *Psychosom. Med.* I, 1939.
 (714) The Predisposition to Anxiety. *Q.* X, 1941.

GREENSON, RALPH R.

- (714a) On Genuine Epilepsy. *Q.* XIII, 1944.

GREIG, AGNES B.

- (715) The Problem of the Parent in Child Analysis. *Ps.* III, 1940.
 (716) A Child Analysis. *Q.* X, 1941.

GRIMBERG, L.

- (717) On Somnambulism. *R.* III, 1916.

GRINKER, R. R.

- (718) —y MacLean, H. V.: The Course of a Depression Treated by Psychotherapy and Metrazol. *Psychosom. Med.* II, 1940.

GRODDECK, GEORG

- (719) Die psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Krankheiten. *S. Hirzel*, Berlin, 1917.
 (720) The Book of the Id. *N. M. D. Pub. Co.*, New York and Washington, 1928.

GROSS, ALFRED

- (721) The Psychic Effects of Toxic and Toxoid Substances. *Jo.* XVI, 1935.

GROTJAHN, MARTIN

- (722) Dream Observations in a Two-year, four-months-old Baby. *Q.* VI, 1938.
 (723) Psychoanalysis and Brain Disease. *R.* XXI, 1938.
 (724) Observations of Schizophrenic Patients during Metrazol Treatment. *Menn. Bull.* II, 1938.
 (725) Psychoanalytic Investigations of a Seventy-one-year-old Man with Senile Dementia. *Q.* IX, 1940.
 (726) The Process of Awakening. *R.* XXIX, 1942.
 (727) Brief Psychotherapy on Psychoanalytic Principles. *Ill. Psych. J.* II, 1942.

GUNTHER, LEWIS

- (728) —y Menninger, Karl A.: Intermittent Extrasystole Directly Associated with Emotional Conflict. *Menn. Bull.* III, 1939.

HADLEY, ERNEST E.

- (729) Comments on Pedophilia. *M. R.*, August, 1926.
 (730) The Psychoanalytic Clarification of Personality Types. *A. J. P.* XCIV, 1938.

HAHN, BENNO

- (731) Die Psychokatharsis als kausale Behandlungsmethode. Bericht 1, aerztl. Kongr. f. Psychotherapie, Baden-Baden, 1926; Carl Marold, Halle a/S, 1927.

HANFMANN, EUGENIA

- (732) —y Kasanin, Jacob: Conceptual Thinking in Schizophrenia. *N. M. D. M. S.*, New York and Washington, 1942.

HAPPEL, CLARA

- (733) Onaniersatzbildungen. *Z.* IX, 1923.

HARMS, ERNEST

- (734) (Ed.) Schizophrenia in Childhood. *The Nervous Child.* I, 1941.

HARNIK, JENŐ

- (735) Discussion of Tic. *Jo.* II, 1921.
 (736) The Various Developments Undergone by Narcissism in Men and Women. *Jo.* V, 1924.
 (737) Der Zaehlwang und seine Bedeutung fuer die Psychologie der Zahlenvorstellung. *Vortrag VIII*; int. Ps-a. Kongr.; Autoref. *Z.* X, 1924.
 (738) Die triebhaft-affektiven Momente im Zeitgefuehl. *Im.* XI, 1925.
 (739) Die oekonomischen Beziehungen zwischen dem Schuldgefuehl und dem weiblichen Narzissmus. *Z.* XIV, 1928.
 (740) Zur Psychologie des Zopfabschneiders. *Z. S. W.* XII, 1928.
 (741) One Component in the Fear of Death in Early Infancy. *Jo.* XI, 1930.
 (742) Zur Therapie der Homosexualitaet. *Vortrag II*; Tgg. d. Deutschen Ps-a. Ges.; Autoref. *Z.* XVI, 1930.
 (743) Introjection and Projection in the Mechanism of Depression. *Jo.* XIII, 1932.
 (744) Zur Frage der infantilen weiblichen Genitalorganisation. *Z.* XX, 1934.

HART, MOSS

- (745) Lady in the Dark. *Random House*, New York, 1941.

HARTMANN, HEINZ

- (746) Ein Fall von Depersonalisation. *Z. ges. N. P.* LXXIV, 1922.
 (747) Kokainismus und Homosexualitaet. *Z. ges. N. P.* XCV, 1925.
 (748) Die Grundlagen der Psychoanalyse. *G. Thieme*, Leipzig, 1927.
 (749) Psychiatrische Zwillingprobleme. *Jb. Ps. N.* L und LI, 1934.
 (750) Ich-Psychologie und Anpassungs-Problem. *Z.* XXIV, 1939.
 (751) Psychoanalysis and the Concept of Health. *Jo.* XX, 1939.

HARTMANN, MAX

- (752) Die Sexualitaet der Protisten und ihre Bedeutung fuer eine allgemeine Theorie der Bisexualitaet. *Z. ind. Abst.* LIV, 1939.

HAWKINS, MARY O'NEIL

- (753) Psychoanalysis of Children. *Menn. Bull.* IV, 1940.

HAWORTH, NORAH A.

- (754) —y MacDonald, Mary E.: Theory of Occupational Therapy. *Williams and Wilkins*, Baltimore, 1941.

HAYWARD, EMELINE P.

- (755) Types of Female Castration Reaction. *Q.* XII, 1943.

HEALY, WILLIAM

- (756) The Individual Delinquen. *Little, Brown*, Boston, 1915.
 (757) —y Bronner, F. A.: New Light on Delinquency and Its Treatment. *Yale Univ. Press*, New Haven, 1936.

HEIDE, CAREL VAN DER

- (758) A Study of Mechanisms in Two Cases of Peptic Ulcer. *Psychosom. Med.* II, 1940.
 (759) A Case of Pollakisuria Nervosa. *Q.* X, 1941.

HEILPERN-FUCHS, ELSE

- (760) Psychological Problems of Stepchildren. *R.* XXX, 1943.

HENDRICK, IVES

- (761) Pregenital Anxiety in a Passive Feminine Character. *Q.* II, 1933.
 (762) "The Ego and the Defense Mechanisms": A Review and Discussion. *R.* XXV, 1938.
 (763) Facts and Theories of Psychoanalysis. *Knopf*, New York, 1939.
 (764) Suicide as Wish Fulfillment. *Psych. Q.* XIV, 1940.
 (765) Psychoanalytic Observations on the Auras of Two Cases with Convulsions. *Psychosom. Med.* II, 1940.
 (766) Instincts and the Ego during Infancy. *Q.* XI, 1942.
 (767) Work and the Pleasure Principle. *Q.* XII, 1943.
 (768) The Discussion of the "Instinct to Master". *Q.* XII, 1943.

HERBERT, S.

- (769) The Psychogenic Root of Enuresis. *R.* IX, 1922.
 (770) A Case of Pseudo-Epilepsia Hysterica. *R.* X, 1923.

HERMANN, IMRE

- (771) Randbemerkungen zum Wiederholungszwang. *Z.* VIII, 1922.
 (772) Organlibido und Begabung. *Z.* IX, 1923.
 (773) Die Regel der Gleichzeitigkeit in der Sublimierungsarbeit. *Im.* X, 1924.
 (774) Das System Bw. *Im.* XII, 1926.
 (775) Die Zwangsneurose und ein historisches Moment in der Ueber-Ich-Bildung. *Z.* XV, 1929.
 (776) Das Ich und das Denken. *Im.* XV, 1929.
 (777) Sinnesmodalitaeten und Denkformen. *Im.* XV, 1929.
 (778) Urwahrnehmungen, insbesondere Augenleuchten und Lautwerden des Inneren. *Z.* XX, 1934.
 (779) Die Psychoanalyse als Methode. *Int. Ps-a.* V., Wien, 1934.
 (780) Sich Anklammern—Auf Suche gehen. *Z.* XXII, 1936.
 (781) Zur Triebbesetzung von Ich und Ueber-Ich. *Z.* XXV, 1940.
 (782) Studien zur Denkpsychologie. *Acta Psychol.* V, 1940.

HILL, LEWIS B.

- (783) A Psychoanalytic Observation on Essential Hypertension. *R.* XXII, 1935.
 (784) The Use of Hostility as a Defense. *Q.* VII, 1938.

HINSIE, LELAND E.

- (785) The Treatment of Schizophrenia. *Bailliere Tindall*, London, 1930.
 (786) The Relationship of Psychoanalysis to Psychiatry. *A. J. P.* XCI, 1935.
 (787) Concepts and Problem of Psychotherapy. *Columbia Univ. Press*, New York, 1937.

HIRSCH, ERWIN

- (788) Eine Feuerphobie als Folge unterdrückter Onanie. *Paed.* II, 1928.

HITSCHMANN, EDUARD

- (789) Kinderangst und Onanie-Entwöhnung. *C.* III, 1913.
 (790) Paranoia, Homosexualität und Analerotik. *Z.* I, 1913.
 (791) Freud's Theories of the Neuroses. *Kegan Paul*, London, 1913.
 (792) Ein Fall von Zwangsbefruchtung vom Tode des gleichgeschlechtlichen Eltern-
 teils. *Z.* III, 1915.
 (793) Ueber einen sporadischen Rückfall ins Bettnaessen bei einem vierjährigen
 Kinde. *Z.* V, 1919.
 (794) Urethral Erotism and Obsessional Neurosis. *Jo.* IV, 1923.
 (795) Die Indikationen fuer psychoanalytische Behandlung. *Ars Medici* XIV, 1924.
 (796) —y Bergler, Edmund: Frigidity in Women. *N. M. D. Pub. Co.*, Washington
 and New York, 1936.
 (797) Bemerkungen ueber Platzangst und andere neurotische Angstzustände. *Z.*
 XXIII, 1937.
 (798) Beitrage zur Aetiologie und Konstitution der Spermatorrhoe. *Z.* XXV, 1940.

HOCH, PAUL H.

- (799) Personality Factors in Aleobilic Psychoses. *Psych. Q.* XIV, 1940.

HOFFER, WILHELM

- (800) Ueber die maennliche Latenz und ihre spezifische Erkrankung. *Z.* XII, 1926.
 (801) Analyse einer postenzephalitischen Geistesstörung. *Z.* XXV, 1940.

HOFFMANN, ERNST PAUL

- (802) Projektion und Ich-Entwicklung. *Z.* XXI, 1935.

HOFFMANN, JAKOB

- (803) Entwicklungsgeschichte eines Falles von sozialer Angst. *Z.* XVII, 1931.

HOFSTAETTER, R.

- (804) Ueber eingebildete Schwangerschaft. *Urban u. Schwarzenberg*, Wien, 1924.

HOLLITSCHER, WALTER

- (805) The Concept of Rationalization. *Jo.* XX, 1939.

HOLLOS, ISTVAN

- (806) Psychoanalytische Beleuchtung eines Falles von Dementia accox. *Z.* II, 1914.
 (807) Die Phasen des Selbstbewusstseinsaktes. *Z.* V, 1919.
 (808) Aus der psychiatrischen Anstaltspraxis. *Z.* IX, 1923.
 (809) Hinter der gelben Mauer. *Hippokrates Verlag*, Stuttgart, 1928.

HOOP, J. H. VAN DER

- (810) Ueber die Projektion und ihre Inhalte. *Z.* X, 1924.

HORNEY, KAREN

- (811) On the Genesis of the Castration Complex in Women. *Jo.* V, 1924.
 (812) The Flight from Womanhood. *Jo.* VII, 1926.
 (813) Die prämenstruellen Verstimmungen. *Paed.* V, 1931.
 (814) The Dread of Woman. *Jo.* XIII, 1932.
 (815) The Denial of the Vagina. *Jo.* XIV, 1933.
 (816) Psychogenic Factors in Functional Female Disorders. *A. J. Obs. and Gyn.*
 XXV, 1933.
 (817) The Problem of Feminine Masochism. *R.* XXII, 1935.
 (818) The Problem of the Negative Therapeutic Reaction. *Q.* V, 1936.
 (819) The Neurotic Personality of Our Time. *Norton*, New York, 1936.
 (820) New Ways in Psychoanalysis. *Norton*, New York, 1940.
 (821) Self-Analysis. *Norton*, New York, 1942.

HUBBARD, L. T.

- (822) Transference and Sex. *R.* X, 1922.

HUEBSCH, D. E.

- (823) Psychoanalysis and Eye Disturbances. *R.* XVIII, 1931.

HUG-HELLMUTH, HERMINE VON

- (824) Ein Fall von weiblichem Fuss-, richtiger Stiefelfetischismus. *Z.* III, 1915.
 (825) A Study of the Mental Life of the Child. *N. M. D. Pub. Co.*, Washington,
 1919.
 (826) On the Technique of Child Analysis. *Jo.* II, 1921.
 (827) Vom mittleren Kinde. *Im.* VII, 1921.
 (828) Die Bedeutung der Familie fuer das Schicksal des Einzelnen. *Z. S. W.*
 IX, 1923.

HUPFER, SUSANNE

- (829) Ueber Schwangerschaftsgelueste. *Z.* XVI, 1930.

HUTCHINGS, G. R.

- (830) —Cheney, C. O., y Wright, W. W.: Psychogenic Precipitating Causes of
 Schizophrenia. In *Schizophrenia*: Assn. Research N. M. D., Hoeber, New
 York, 1928.

INMAN, W. S.

- (831) A Psychoanalytical Explanation of Micropsia. *Jo.* XIX, 1938.

ISAACS, SUSAN

- (832) Penis-Feces-Child. *Jo.* VIII, 1927.
 (833) The Nursery Years. *Routledge and Sons*, London, 1929.
 (834) The Children We Teach. *Univ. of London Press*, London, 1932.
 (835) Social Development in Young Children. *Routledge and Sons*, London, 1933.
 (836) The Psychological Aspects of Child Development. *Evans Brothers*. London,
 1935.

ISAKOWER, OTTO

- (837) A Contribution to the Pathopsychology of Phenomena Associated with Falling Asleep. *Jo.* XIX, 1938.
 (838) On the Exceptional Position of the Auditive Sphere. *Jo.* XX, 1939.

JACOBSON, EDMUND

- (839) Progressive Relaxation. *Univ. of Chicago Press*, Chicago, 1929.

JACOBSON (JACOBSON), EDITH

- (840) Beitrag zur asozialen Charakterbildung. *Z.* XVI, 1930.
 (841) Ein weiblicher Knabe und seine Heilung. *Paed.* IV, 1931.
 (842) Lernstörungen beim Kinde durch masochistische Mechanismen. *Z.* XVIII, 1932.
 (843) Wege der weiblichen Ueber-Ich-Bildung. *Z.* XXIII, 1937.
 (844) Depression, the Oedipus Complex in the Development of Depressive Mechanisms. *Q.* XII, 1943.

JACOBY, HEINRICH

- (845) Muss es Unmusikalische geben? *Paed.* I, 1926.

JEKELS, LUDWIG

- (846) Analerotik. *Z.* I, 1913.
 (847) Zur Psychologie der Komödie. *Im.* XII, 1926.
 (848) Zur Psychologie des Mitleids. *Im.* XVI, 1930.
 (849) Das Schuldgefühl. *Ps-a. Bugg.* IV, 1932.
 (850) —y Bergler, Edmund: Uebertragung und Liebe. *Im.* XX, 1934.
 (851) Mitleid und Liebe. *Im.* XXII, 1936.
 (852) The Riddle of Shakespeare's *Macbeth*. *R.* XXX, 1943.

JELGERSMA, G.

- (853) Unbewusstes Geistesleben. *Int. Ps-a. V.*, Wien, 1914.
 (854) Projection. *Jo.* VII, 1926.

JELLIFFE, SMITH ELY

- (855) The Technique of Psychoanalysis. *N. M. D. Pub. Co.*, New York and Washington, 1914.
 (856) Alcohol in Some of Its Social Compensatory Aspects. *N. Y. M. J.* CV, 1917.
 (857) Epileptic Attacks in Dynamic Pathology. *N. Y. M. J.*, July, 1918.
 (858) Psychopathology and Organic Disease. *Arch. N. Ps.*, 1922.
 (859) The Old-Age Factor in Psychoanalytical Therapy. *M. R.* CXXI, 1925.
 (860) Psychoanalysis and Organic Disorder: Myopia as Paradigma. *Jo.* VII, 1926.
 (861) Post-Encephalitic Respiratory Disorders. *J. N. M. D.* LXIII, 1926.
 (862) Psychopathology of Forced Movements in Oculogyric Crises. *N. M. D. Pub. Co.*, New York and Washington, 1932.
 (863) Dynamic Concepts and the Epileptic Attack. *A. J. P.* XCII, 1935.
 (864) Sketches in Psychosomatic Medicine. *N. M. Pub. Co.*, New York and Washington, 1939.
 (865) The Parkinsonian Body Posture: Some Considerations in Unconscious Hostility. *R.* XXVII, 1940.

JOHNSON, ADELAIDE M.

- (866) —Falstein, Eugene J., Szurek, S. A., y Svendsen, Margaret: School Phobia. *A. J. Orthops.* XI, 1941.

JOKL, ROBERT HANS

- (867) Zur Psychogenese des Schreibkampfes. *Z.* VIII, 1922

JONES, ERNEST

- (868) Rationalization in Everyday Life. *P.*
 (869) Psychoanalytic Notes on a Case of Hypomania. *A. J. I.*, 1909.
 (870) Psychoanalysis in Psychotherapy. *P.*
 (871) Simulated Foolishness in Hysteria. *P.*
 (872) The Therapeutic Effect of Suggestion. *Can. J. M. S.* XXXIX, 1911.
 (873) The Psychology of Morbid Anxiety. *P.*
 (874) The Therapeutic Action of Psychoanalysis. *P.*
 (875) The Relation between Anxiety Neurosis and Anxiety Hysteria. *P.*
 (876) The Nightmare. *Hogarth Press and Inst. of Ps-a.*, London, 1931.
 (877) The Significance of the Grandfather for the Fate of the Individual. *P.*
 (878) The God Complex. *Ess.*
 (879) Hate and Anal Erotism in the Obsessional Neurosis. *P.*
 (880) Suggestion und Uebertragung. *Z.* II, 1914.
 (881) Urethralerotik und Ehrgeiz. *Z.* III, 1915.
 (882) The Theory of Symbolism. *P.*
 (883) Anal-Erotic Character Traits. *P.*
 (884) The Symbolism of Being Run Over. *Jo.* I, 1920.
 (885) The Treatment of the Neuroses. *Wood*, New York, 1920.
 (886) Introjection and Projection. *Jo.* III, 1921.
 (887) Notes on Abraham's Article on the Female Castration Complex. *Jo.* III, 1922.
 (888) Some Problems of Adolescence. *P.*
 (889) The Nature of Auto-Suggestion. *P.*
 (890) Classification of the Instincts. *B. J. P.* XIV, 1923.
 (891) Mother-Right and the Sexual Ignorance of the Savages. *Jo.* VI, 1924.
 (892) Deprivation of the Senses as a Castration Symbol. *Jo.* VII, 1926.
 (893) The Origin and Structure of the Superego. *J.* VII, 1926.
 (894) The Early Development of Female Sexuality. *Jo.* VIII, 1927.
 (895) Fear, Guilt and Hate. *Jo.* X, 1929.
 (896) The Anxiety Character. *M. R. R.*, 1930.
 (897) Die Eifersucht. *Ps-a. Bugg.* II, 1930.
 (898) The Phallic Phase. *Jo.* XIV, 1933.
 (899) The Early Female Sexuality. *Jo.* XVI, 1935.
 (900) Psychoanalysis and the Instincts. *B. J. P.* XXVI, 1936.
 (901) The Concept of a Normal Mind. *Jo.* XXIII, 1942.
 (902) Psychology and Childbirth. *Lancet* CCLXII, 1942.

JULIUSBURGER, OTTO

- (903) Beitrag zur Psychologie der sogenannten Dipsomanie. *C.* II, 1912.
 (904) Zur Lehre vom psychosexuellen Infantilismus. *Z. S. W.* I, 1914.

JUNG, C. G.

- (905) Der Inhalt der Psychose. *Deuticke*, Leipzig, 1908.
 (906) The Psychology of Dementia Praecox. *N. M. D. Pub. Co.*, New York and Washington, 1909.

- (907) Wandlungen und Symbole der Libido. *Deuticke*, Leipzig, 1912.
 (908) Psychological Types. *Harcourt, Brace*, New York, 1923.

JUST-KERI, HEDWIG

- (909) Lernhemmungen in der Schule. *Paed.* IV, 1930.

KAISER, HELLMUTH

- (910) Probleme der Technik. *Z.* XX, 1934.

KALISCHER, HANS

- (911) Beobachtungen an einem jungen Verschwender. *Paed.* III, 1929.
 (912) Leben und Selbstmord eines Zwangsdiebes. *Paed.* III, 1929.

KAMM, BERNARD A.

- (913) A Technical Problem in the Psychoanalysis of a Schizoid Character. *Menn. Bull.* I, 1937.
 (914) Schizophrenia and Compulsion Neurosis. *Menn. Bull.* II, 1938.

KAPLAN, LEO

- (915) Grundzuege der Psychoanalyse. *Deuticke*, Leipzig, 1924.
 (916) Das Problem der Magie und die Psychoanalyse. *Merlin Verlag*, Heidelberg, 1928.

KARDINER, ABRAHAM

- (917) The Bio-Analysis of the Epileptic Reaction. *Q.* I, 1933.
 (918) The Role of Economic Security in the Adaptation of the Individual. *Family* XVII, 1936.
 (919) Security, Cultural Restraints, Intra-Social Dependencies and Hostilities. *Family* XVIII, 1937.
 (920) Influence of Culture on Behavior. *Social Work Today*, 1937.
 (921) The Individual and His Society. *Columbia Univ. Press*, New York, 1939.
 (922) The Traumatic Neuroses of War. *National Research Council*, Washington, 1941.

KARN, H. W.

- (923) A Bibliography of Experimental Neurosis. *Psychol. Rec.* IV, 1940.

KARPMAN, BEN

- (924) Stupor and Allied States. *R.* IX, 1922.
 (925) The Psychopathology of Exhibitionism. *R.* XIII, 1926.
 (926) The Chronic Alcoholic as a Neurotic and a Dreamer. *J. N. M. D.* XCIV, 1941.
 (927) The Individual Criminal. *N. M. D. Pub. Co.*, New York and Washington, 1941.

KASANIN, JACOB

- (928) Defense Reactions in Anxiety States of Central Origin. *Q.* XI, 1942.
 (929) —y Biskind, Gerson R.: Personality Changes Following Substitution Therapy in Pre-Adolescent Eunuchoidism. *J. A. M. A.* CXXI, 1943.
 (930) (Ed.) Language and Thought in Schizophrenia. *Univ. of California Press*, Berkeley and Los Angeles, 1944.

KATAN, M.

- (931) The Understanding of Schizophrenic Speech. *Jo.* XX, 1939.
 (932) Die Rolle des Wortes in der Schizophrenie und Manie. *Z.* XXV, 1940.

KATAN-ANGEL, ANNY

- (933) Einige Bemerkungen ueber Optimismus. *Z.* XX, 1934.
 (934) From the Analysis of a Bed-Wetter. *Q.* IV, 1935.
 (935) Die Rolle der Verschiebung bei der Strassenangst. *Z.* XXIII, 1937.

KAUFMANN, MOSES RALPH

- (936) Some Clinical Data on Ideas of Reference. *Q.* I, 1932.
 (937) Projection, Heterosexual and Homosexual. *Q.* III, 1934.
 (938) Psychoanalysis in Late-Life Depressions. *Q.* VI, 1937.
 (939) Religious Delusions in Schizophrenia. *Jo.* XX, 1939.
 (940) A Clinical Note on Social Anxiety. *R.* XXVIII, 1941.
 (941) Factors in Psychotherapy: A Psychoanalytic Evaluation. *Psych. Q.* XV, 1941.

KEMPER, WERNER

- (942) Zur Genese der genitalen Erogeitaet und des Orgasmus. *Z.* XX, 1934.

KEMPF, EDWARD J.

- (943) The Psychoanalytic Treatment of Dementia Praecox: Report of a Case. *R.* VI, 1919.

KIELHOLZ, ARTHUR

- (944) Symbolische Diebstahle. *Z. ges. N. P.* LV, 1920.
 (945) On the Genesis and Dynamics of Inventor's Delusion. *Jo.* V, 1924.
 (946) Analyseversuch bei Delirium Tremens. *Z.* XII, 1926.
 (947) Seelische Hintergruende der Trunksucht. *Ps-a. Bwgg.* II, 1930.
 (948) Giftmord und Vergiftungswahn. *Z.* XVII, 1931.
 (949) Weh dem, der luegt: Beitrag zur Pseudologia phantastica. *Z.* XIX, 1933.
 (950) Zur Begutachtung eines Falles von Paederosis. *Z.* XXIII, 1937.

KIRSCHNER, LOTTE

- (951) Analyse einer Konversionshysterie in vorgeschrittenem Lebensalter. *Z.* XIV, 1928.
 (952) Aus der Analyse einer zwangsneurotischen Arbeitshemmung. *Z.* XIV, 1928.

KLEIN, MELANIE

- (953) Zur Fruehanalyse. *Im.* IX, 1923.
 (954) Zur Genese des Tics. *Z.* XI, 1925.
 (955) Early Stages of the Oedipus Conflict. *Jo.* IX, 1928.
 (956) Personification in the Play of Children. *Jo.* X, 1929.
 (957) A Contribution to the Theory of Intellectual Inhibition. *Jo.* XII, 1931.
 (958) The Psychoanalysis of Children. *Hogarth Press and Inst. of Ps-a.*, London, 1932.
 (959) —y Riviere, Joan: Love. Hate and Reparation. *Hogarth Press*, London, 1938.

KNIGHT, ROBERT

- (960) The Psychodynamics of Chronic Alcoholism. *J. N. M. D.* LXXXVI, 1936.
 (961) Application of Psychoanalytic Concepts in Psychotherapy. *Menn. Bull.* I, 1937.
 (962) Psychoanalysis of Hospitalized Patients. *Menn. Bull.* I, 1937.
 (963) The Dynamics and Treatment of Chronic Alcohol Addiction. *Menn. Bull.* I, 1937.
 (964) The Psychoanalytic Treatment in a Sanatorium of Chronic Addiction to Alcohol. *J. A. M. A.* III, 1938.
 (965) Why People go to Cultists. *Menn. Bull.* III, 1939.
 (966) Psychotherapy in Acute Paranoid Schizophrenia with Successful Outcome. *Menn. Bull.* III, 1939.
 (967) Introjection, Projection and Identification. *Q.* IX, 1940.
 (968) The Relationship of Latent Homosexuality to the Mechanism of Paranoid Delusions. *Menn. Bull.* IV, 1940.
 (969) The Evaluation of the Results of Psychoanalytic Therapy. *A. J. P.* XCVIII, 1941.
 (970) Some Problems Involved in Selecting and Rearing Adopted Children. *Menn. Bull.* V, 1941.
 (971) Intimidation of Others as a Defense against Anxiety. *Menn. Bull.* VI, 1942.

KNOPF, O.

- (972) Preliminary Report on Personality Studies in Thirty Migraine Patients. *J. N. M. D.* LXXXII, 1935.
 (973) Äusserungen des Oedipuskomplex bei Schizophrenie. *Z.* XIV, 1928.
 (974) Weltuntergangserlebnis und Wiedergeburtphantasie bei einem Schizophrenen. *Z.* XVIII, 1932.

KOVACS, SANDOR

- (975) Introjektion, Projektion und Einfuehlung. *C.* II, 1912.

KOVACS, VILMA

- (976) Analyse eines Falles von Tic Convulsif. *Z.* XI, 1925.
 (977) Wiederholungstendenz und Charakterbildung. *Z.* XVII, 1931.

KRAINES, SAMUEL H.

- (978) The Therapy of the Neuroses and Psychoses. *Lea and Febiger*, Philadelphia, 1943.

KRAUS, SIEGFRIED

- (979) Die Verwischung als soziale Erscheinung. *Paed.* IV, 1930.

KRETSCHMER, ERNST

- (980) Physique and Character. *Harcourt, Brace*, New York, 1931.

KRIS, ERNST

- (981) Ein geisteskranker Bildhauer. *Im.* XIX, 1933.
 (982) Bemerkungen zur Bildnerie der Geisteskranken. *Im.* XXII, 1936.
 (983) The Psychology of Caricature. *Jo.* XVII, 1936.
 (984) Ego Development and the Comic. *Jo.* XIX, 1938.

- (985) —y Gombrich, E.: The Principles of Caricature. *M.* XVII, 1938.
 (986) Laughter as an Expressive Process. *Jo.* XXI, 1940.

KRONENGOLD, EDWARD

- (987) —y Sterba, Richard: Two Cases of Fetishism. *Q.* V, 1936.

KUBIE, LAWRENCE S.

- (988) Practical Aspects of Psychoanalysis. *Norton*, New York, 1936.
 (989) The Fantasy of Dirt. *Q.* VI, 1937.
 (990) Modification in a Schizophrenic Reaction with Psychoanalytic Treatment. *Arch. N. Ps.* XXXVII, 1937.
 (991) A Critical Analysis of the Conception of a Repetition Compulsion. *Jo.* XX, 1939.
 (992) The Repetitive Core of Neurosis. *Q.* X, 1941.
 (993) A Physiological Approach to the Concept of Anxiety. *Psychosom. Med.* III, 1941.
 (994) —y Margolin, S. G.: A Physiological Method for the Induction of States of Partial Sleep, and Securing Free Association and Early Memories in Such States. *Tr. A. N. A.*, 1942.
 (995) The Use of Induced Hypnagogic Reveries in the Recovery of Repressed Amnesic Data. *Menn. Bull.* VII, 1943.

KULOVESI, YRJÖ

- (996) Zur Entstehung des Tics. *Z.* XV, 1929.
 (997) Ein Beitrag zur Psychoanalyse des epileptischen Anfalls. *Z.* XX, 1934.
 (998) Die Ausdrucksbewegungen der Bejahung und Verneinung. *Z.* XXIV, 1939.

LAFORGUE, R.

- (999) Zum Begriff der Verdraengung. *Z.* XIV, 1928.
 (1000) The Mechanism of Isolation in Neurosis and Its Relations to Schizophrenia. *Jo.* X, 1929.
 (1001) On the Erotization of Anxiety. *Jo.* XI, 1930.
 (1002) Clinical Aspects of Psychoanalysis. *Hogarth Press*, London, 1938.
 (1003) The Ego and the Conception of Reality. *Jo.* XX, 1939.
 (1004) The Relativity of Reality. *N. M. D. Pub. Co.*, New York and Washington, 1940.

LAMPL, HANS

- (1005) A Case of Borrowed Sense of Guilt. *Jo.* VIII, 1927.

LAMPL-DE GROOT, J.

- (1006) The Evolution of the Oedipus Complex in Women. *Jo.* IX, 1928.
 (1007) Problems of Femininity. *Q.* II, 1933.
 (1008) Masochismus und Narzissmus. *Z.* XXII, 1936.

LANDAUER, KARL

- (1009) Spontanheilung einer Katatonie. *Z.* II, 1914.
 (1010) Die symptomatische Neurasthenie. *Z. ges. N. P.* XLV, 1919.
 (1011) Äquivalente der Trauer. *Z.* XI, 1925.
 (1012) Die kindliche Bewegungsunruhe. *Z.* XII, 1926.
 (1013) Gemuetsbewegungen oder Affekte. In *Federn-Meng: Ps-a. Volksbuch*, 1926.
 (1014) Die Triche. In *Federn-Meng: Ps-a. Volksbuch*, 1926.

- (1015) Die Bewusstseinsstörungen. In Federn-Meng: *Ps-a. Volksbuch*, 1926.
 (1016) Die Schizophrenie. In Federn-Meng: *Ps-a. Volksbuch*, 1926.
 (1017) Paranoia. In Federn-Meng: *Ps-a. Volksbuch*, Hippokrates Verlag, 1926.
 (1018) Automatismen, Zwangsneurose und Paranoia. *Z. XIII*, 1927.
 (1019) Zur psychosexuellen Genese der Dummheit. *Z. S. W.*, 1929.
 (1020) Zur Theorie der Dummheit. *Paed. IV*, 1930.
 (1021) Affects, Passions and Temperament. *Jo. XIX*, 1938.
 (1022) Some Remarks on the Formation of the Anal-Erotic Character. *Jo. XX*, 1939.

LANDMARK, JOHANNES

- (1023) Ueber den Triebbegriff. *Im. XX*, 1934.
 (1024) Der Freud'sche Triebbegriff und die erogenen Zonen. *Im. XXI*, 1935.

LANTOS, BARBARA

- (1025) Analyse einer Konversionshysterie im Klimakterium. *Z. XV*, 1929.

LATIF, J.

- (1026) Some Etiological Factors in the Pathology of Stammering. *M. XVII*, 1938.

LAUBI, O.

- (1027) Ein Fall von Psychoanalyse bei einem erwachsenen Stotterer. *M. ges. Sprach.*, 1911.

LEHRMAN, PHILIP R.

- (1028) Analysis of a Conversion Hysteria Superimposed on an Old Diffuse Central Nervous System Lesion. *J. N. M. D. LIV*, 1921.
 (1029) Some Unconscious Determinants in Homicide. *Psych. Q. XIII*, 1939.

LENNOX, W. G.

- (1030) —y Cobb, St.: Epilepsy. *Williams and Wilkins*, Baltimore, 1928.

LEVEY, HARRY B.

- (1031) Oral Trends and Oral Conflicts in a Case of Duodenal Ulcer. *Q. III*, 1934.
 (1032) A Critique of the Theory of Sublimation. *Ps. II*, 1939.

LEVIN, MAX

- (1033) The Activation of a Repressed Impulse under Apparently Paradoxical Circumstances. *Jo. XVIII*, 1936.

LEVINE, MAURICE

- (1034) Pregenital Trends in a Case of Chronic Diarrhoea and Vomiting. *Q. III*, 1934.
 (1035) Notes on the Psychopathology of Suspicions of Marital Infidelity. *J. Med. XIX*, 1938.
 (1036) The Diagnosis of Normality. *J. Med. XX*, 1939.
 (1037) Psychotherapy in Medical Practice. *Macmillan*, New York, 1942.

LEVY, DAVID M.

- (1038) Use of Play Technique as an Experimental Procedure. *A. J. Orthops. III*, 1933.
 (1039) Studies in Sibling Rivalry. *A. Orthopsych. Assn.*, New York, 1937.
 (1040) "Release Therapy" in Young Children. *Ps. I*, 1938.
 (1041) Maternal Overprotection. *Columbia Univ. Press*, New York, 1943.

LEVY, ERWIN

- (1042) Some Aspects of the Schizophrenic Formal Disturbance of Thought. *Ps. VI*, 1943.

LEVY, ESTELLE

- (1043) Psychoanalytic Treatment of a Child with a Stealing Compulsion. *A. J. Orthops. IV*, 1934.

LEVY, KATA

- (1044) Vom Bettnaessen des Kindes. *Paed. VIII*, 1934.

LEVY, LUDWIG

- (1045) The Psychology of the Effect Produced by Morphine. *Jo. VI*, 1925.

LEVY, NORMAN A.

- (1046) —y Grinker, Roy R.: Psychological Observations in Affective Psychoses Treated with Combined Convulsive Shock and Psychotherapy. *J. N. M. D. XCVII*, 1943.

LEVY-BRUHL

- (1047) Primitive Mentality. *Macmillan*, New York, 1923.

LEVY-SUHL, MAX

- (1048) Ueber Hypnotismus und seine Beziehungen zur Psychoanalyse. *Hirzel*, Leipzig, 1929.
 (1049) Resolution by Psychoanalysis of Motor Disturbances in an Adolescent. *Q. VI*, 1937.

LEWIN, BERTRAM D.

- (1050) Kotschmierer, Menses und weibliches Ueber-Ich. *Z. XVI*, 1930.
 (1051) Warum Kinder von den Erwachsenen geneckt werden. *Paed. IV*, 1930.
 (1052) The Compulsive Character. *M. R. R.*, 1930.
 (1053) Analysis and Structure of a Transient Hypomania. *Q. I*, 1932.
 (1054) Anal Eroticism and the Mechanism of Undoing. *Q. I*, 1932.
 (1055) The Body as Phallus. *Q. II*, 1933.
 (1056) Claustrophobia. *Q. IV*, 1935.
 (1057) —y otros: Discussion of Daniel's Case of Neurosis with Diabetes Mellitus. *Q.*
 (1058) A Type of Neurotic Hypomanic Reaction. *Arch. N. Ps. XXXVII*, 1937.
 (1059) Some Observations on Knowledge, Belief and the Impulse to Know. *Jo. XX*, 1939.
 (1060) Concepts on Hypomanic and Related States. *R. XXVIII*, 1941.

LEWIS, NOLAN D. C.

- (1061) A Psychoanalytic Study of Hyperthyroidism. *R. X*, 1923.
 (1062) Psychoanalytic Approach to Children under Twelve Years of Age. *R. XIII*, 1926.
 (1063) Studies on Suicides. *R. XX*, 1933, and *XXI*, 1934.

LICHTENSTEIN, HEINZ

- (1064) Zur Phaenomenologie des Wiederholungszwanges und des Todestriebes. *Im. XXI*, 1935.

LIPTON, S.

- (1065) Dissociated Personality: a Case Report. *Psych. Q. XVII*, 1943.

LISS, EDWARD

- (1066) Play Technique in Child Analysis. *A. J. Orthops. VI*, 1936.
 (1067) Emotional and Biological Factors Involved in Learning Processes. *A. J. Orthops. VII*, 1937.
 (1068) Learning Difficulties. *A. J. Orthops. XI*, 1941.

LOEW-BEER, HELENE

- (1069) —y Morgenstern, Milan: Heilpaedagogische Praxis. *Sensen Verlag. Wien*, 1936.

LOEWENFELD, HENRY

- (1070) Psychic Trauma and Productive Experience in the Artist. *Q. X*, 1941.

LOEWENSTEIN, RUDOLPH

- (1071) Phallic Passivity in Men. *Jo. XVI*, 1935.

LORAND, SANDOR

- (1072) Fetishism in Statu Nascendi. *Jo. XI*, 1930.
 (1073) The Reactive Character. *M. R. R.*, 1930.
 (1074) Agression and Flatus. *Jo. XII*, 1931.
 (1075) The Morbid Personality. *Knopf*, New York, 1931.
 (1076) Psychoanalysis Today, Its Scope and Function. *Covici Friede*, New York, 1933.
 (1077) A Note on the Psychology of the Inventor. *Q. III*, 1934.
 (1078) Dynamics and Therapy of Depressive States. *R. XXIV*, 1937.
 (1079) Contribution to the Problem of Vaginal Orgasm. *Jo. XX*, 1939.
 (1080) Role of the Female Fantasy in Male Character Formation. *Jo. XX*, 1939.
 (1081) Hypnotic Suggestion, Its Dynamics, Indications and Limitations. *J. N. M. D. XCIV*, 1941.
 (1082) Anorexia Nervosa: Report of a Case. *Psychosom. Med. V*, 1943.

LOWREY, LAWSON G.

- (1083) Runaways and Normals. *A. J. Orthops. XI*, 1941.

LUNDHOLD, HELGE

- (1084) Repression and Rationalization. *M. XIII*, 1933.

LUZENBERGER, A. VON

- (1085) Psychoanalyse in einem Falle von Erroetungsangst als Beitrag zur Psychologie des Schamgefuehls. *C. I*, 1911.

MACCURDY, JOHN T.

- (1086) A Psychological Feature of the Precipitating Factors in the Psychoses, and Its Relation to Art. *J. Ab. P. IX*, 1914.

MACFARLANE, DONALD A.

- (1087) Arthritis and Aggressiveness. Paper read at the Spring Meeting of the San Francisco Psychoanalytic Society, San Francisco, 1942.

MACK-BRUNSWICK, RUTH

- (1088) A Supplement to Freud's History of an Infantile Neurosis. *Jo. IX*, 1928.
 (1089) Die Analyse eines Eifersuchtswahnes. *Z. XIV*, 1928.
 (1090) The Pre-Oedipal Phase of the Libido Development. *Q. IX*, 1940.
 (1091) The Accepted Lie. *Q. XII*, 1943.

MAEDER, ALPHONSE

- (1092) Sexualitaet und Epilepsie. *Y. I*, 1909.
 (1093) Psychologische Untersuchungen an Dementia Praecox-Kranken. *Y. II*, 1910.
 (1094) Psychoanalyse bei einer melancholischen Depression. *Y. III*, 1911.

MAEDER, LEROY A. M.

- (1095) Diagnostic Criteria: The Concept of Normal and Abnormal. *Family*, 1941.
 (1096) Relations of Psychoanalysis to Psychiatry. *Arch. N. Ps. XLIX*, 1943.

MAENCHEN, ANNA

- (1097) Denkhemmung und Aggression. *Paed. X*, 1936.
 (1098) On Neurotic Disturbances of Sleep. *Jo. XXIII*, 1942.

MAHLER-SCHOENBERGER, MARGARETE

- (1099) Pseudo-Imbecility: A Magic Cap of Invincibility. *Q. XI*, 1942.
 (1100) —y Rangell, Leo: A Psychosomatic Study of Maladies des Tics. *Psych. Q. XVII*, 1943.

MALINOWSKI, BRONISLAW

- (1101) Mutterrechtliche Familie und Oedipuskomplex. *Im. X*, 1924.
 (1102) The Sexual Life of Savages. *Routledge*, London, 1929.

MARCUS, ERNST

- (1103) Psychische Beeinflussung der Menstruation. *C. II*, 1912.

MARKUSZEWICZ, ROMAN

- (1104) Beitrag zum autistischen Denken bei Kindern. *Z. VI*, 1920

MARMOR, JUDAH

- (1105) The Role of Instinct in Human Behavior. *Ps. V*, 1942.

MASSERMAN, JULES H.

- (1106) Psychodynamisms in Anorexia Nervosa and Neurotic Vomiting. *Q. X*, 1941.
 (1107) Psychodynamisms in Manic-Depressive Psychoses. *R. XXVIII*, 1941.
 (1108) Hypnotic Treatment of Acute Hysterical Depression: The Dynamics of Hypnosis and Brief Psychotherapy. *Arch. N. Ps. XLVI*, 1941.
 (1109) Behavior and Neuroses. *Univ. of Chicago Press*, Chicago, 1943.

MCCORD, CLINTON

- (1110) Bemerkungen zum Stand der Kinderanalyse in Amerika. *Paed. VIII*, 1934.

MEAD, MARGARET

- (1111) Changing Food Habits. *Menn. Bull. VII*, 1943.

MENAKER, ESTHER

- (1112) A Contribution to the Study of the Neurotic Stealing Symptom. *A. J. Orthops. IX*, 1939.

MENG, HEINRICH

- (1113) Ueber Schlaf und Schlafstoerungen beim Gesunden, Kranken, und Arzneivergifteten. *D. Z. Hom. 9/10*, 1924.
 (1114) Stellung der Psychoanalyse zur uebrigen Psychotherapie. In Federn-Meng: *Ps-a. Volksbuch*, Hippokrates Verlag, Leipzig, 1926.
 (1115) Aus Analysen von stotternden Kindern. *Paed. II*, 1928.
 (1116) Das einzige und das einsame Kind. *Neue Erz. X*, 1928.
 (1117) Angstneurose und Sexualeben. *D. A. Z. LV*, 1929.
 (1118) Ueber Pubertaet und Pubertaetsaufklaerung. *Paed. VI*, 1932.
 (1119) Aus der Analyse eines Stotterers. *Paed. VI*, 1932.
 (1120) Das Problem der Organpsychose. *Z. XX*, 1934.
 (1121) —y Grote, L. R.: Ueber interne und psychotherapeutische Behandlung der endogenen Magersueht. *Schw. M. W. LXIV*, 1934.
 (1122) Zur Psychologie des triebhaften Narzissten. *Paed. IX*, 1935.

MENNINGER, KARL A.

- (1123) Psychoanalytical Study of a Case of Organic Epilepsy. *R. XIII*, 1926.
 (1124) Psychoanalytic Aspects of Suicide. *Jo. XIV*, 1933.
 (1125) Some Unconscious Psychological Factors Associated with the Common Cold. *R. XXI*, 1934.
 (1126) Polysurgery and Polysurgic Addiction. *Q. III*, 1934.
 (1127) Purposive Accidents as an Expression of Self-Destructive Tendencies. *Jo. XVII*, 1936.
 (1128) Psychological Factors in Urological Disease. *Q. V*, 1936.
 (1129) —y Menninger, William C.: Psychoanalytic Observations in Cardiac Disorders. *A. Heart J. XI*, 1936.
 (1131) Organic Suicide. *Menn. Bull. I*, 1937.
 (1132) The Human Mind. *Knopf*, New York, 1937.
 (1133) Criminal Behavior as a Form of Masked Self-Destructiveness. *Menn. Bull. II*, 1938.
 (1134) Emotional Factors in Hypertension. *Menn. Bull. II*, 1938.

- (1135) Man against Himself. *Harcourt, Brace*, New York, 1938.
 (1136) Somatic Correlations with the Unconscious Repudiation of Femininity in Women. *J. N. M. D. LXXXIX*, 1939.
 (1137) The Psychological Factors in Disease. *Menn. Bull. III*, 1939.
 (1138) Psychoanalytic Psychiatry: Theory and Practice. *Menn. Bull. IV*, 1940.
 (1139) Psychogenic Influences on the Appearance of the Menstrual Period. *Jo. XXII*, 1941.
 (1139a) Emotional Factors in Organic Gynecological Conditions. *Menn. Bull. VII*, 1943.

MENNINGER, WILLIAM C.

- (1140) Mental Disorders and Diabetes Mellitus. *J. M. S. LXXXI*, 1925.
 (1141) Bibliotherapy. *Menn. Bull. I*, 1937.
 (1142) The Treatment of Chronic Alcohol Addiction. *Menn. Bull. II*, 1938.
 (1143) Characterological and Symptomatic Expressions Related to the Anal Phase of Psychosexual Development. *Q. XII*, 1943.
 (1144) The Emotional Factors in Pregnancy. *Menn. Bull. V*, 1943.

MENNINGER-LYLE, JEANETTA

- (1145) The Therapeutic Value of Puppets. *Menn. Bull. III*, 1941.

METTE, ALEXANDER

- (1146) Ueber Beziehungen zwischen Spracheigentuemlichkeiten Schizopbrenner und dichterischer Produktion. *Dion Verlag*, Dessau, 1928.

MEYER, ALBRECHT

- (1147) Das Kleinkind und seine Umwelt. *Paed. X*, 1936.

MILLER, EMANUEL

- (1148) The Neuroses in War. *Macmillan*, New York, 1940.

MILLER, JOSEPH S.

- (1149) —y Gair, Mollie: A Traumatic Neurosis of World War I, 23 Years After. *J. N. M. D. XCVII*, 1943.

MILLER, MILTON I

- (1150) —y Mac Lean, Helen V.: The Status of the Emotions in Palpitation and Extrasystoles; with a Note on Effort Syndrome. *Q. V*, 1941.
 (1151) A Psychological Study of Eczema and Neurodermatitis. *Psychosom. Med. IV*, 1942.

MILLET, JOHN A. P.

- (1152) Insomnia: Its Causes and Treatment. *Greenberg*, New York, 1938.

MOELLENHOFF, FRITZ

- (1153) Ideas of Children about Death. *Menn. Bull. III*, 1939.

MONTAGU, M. F. ASHLEY

- (1154) On the Physiology and Psychology of Swearing. *Ps. V*, 1942.

MOORE, MERRIL

- (1155) Alcoholism: Some Contemporary Opinions. *A. J. P.* XCVII, 1941.
 (1156) A Didactic Note on Alcoholism. *J. N. M. D.* XCVII, 1943.

MOORE, T. V.

- (1157) A Study in Sadism. *Character and Personality* VI, 1937.

MORRISON, SAMUEL

- (1158) Psychosomatic Correlations of Duodenal Ulcer. *J. A. M. A.* CXX, 1942.

MOWER, JAMES W.

- (1159) A Comparative Study of Hobby Activities. *Menn. Bull.* IV, 1940.

MÜLLER, JOSINE

- (1160) Atheism in Childhood and Faulty Character Development. *Jo.* VIII, 1927.
 (1161) A Contribution to the Problem of Libidinal Development of the Genital Phase in Girls. *Jo.* XIII, 1932.

MÜLLER-BRAUNSCHWEIG, CARL

- (1162) Beiträge zur Metapsychologie. *Im.* XII, 1925.
 (1163) Desexualization and Identification. *R.* XIII, 1926.
 (1164) The Genesis of the Feminine Superego. *Jo.* VII, 1926.

MURRAY, C. D.

- (1165) Psychogenic Factors in the Etiology of Ulcerative Colitis and Bloody Diarrhoea. *A. J. M. S.* CLXXX, 1930.

MUTTER, EINE (UNA MADRE)

- (1166) Die Entstehung des Pavor Nocturnus bei einem Kinde. *Paed.* I, 1927.

NEEDLES, WILLIAM

- (1167) Stigmata Occurring in the Course of Psychoanalysis. *Q.* XII, 1943.

NELKEN, JAN

- (1168) Ueber schizophrene Wortzerlegungen. *C.* II, 1912.

NEWELL, H. WHITMAN

- (1169) Play Therapy in Child Psychiatry. *A. J. Orthops.* XI, 1941.

NICOLINI, WILHELM

- (1170) Verbrechen aus Heimweh und ihre psychoanalytische Erklärung. *Im.* XXII, 1936.

NUNBERG, HERRMANN

- (1171) Ueber den katatonischen Anfall. *Z.* VI, 1920.
 (1172) Der Verlauf des Libidokonfliktes in einem Falle von Schizophrenie. *Z.* VII, 1921.
 (1173) Ueber Depersonalisationszustände im Lichte der Libidotheorie. *Z.* X, 1924.
 (1174) The Will to Recovery. *Jo.* VII, 1926.
 (1175) The Sense of Guilt and the Need for Punishment. *Jo.* VII, 1926.
 (1176) The Synthetic Function of the Ego. *Jo.* XII, 1931.
 (1177) Psychoanalyse des Schamgefuehls. *Ps-a. Bugg.* IV, 1932.
 (1178) Allgemeine Neurosenlehre auf psychoanalytischer Grundlage. *Huber*, Bern, 1932.
 (1179) The Feeling of Guilt. *Q.* III, 1934.
 (1180) On the Theory of Therapeutic Results of Psychoanalysis. *Jo.* XVIII, 1937.
 (1181) Homosexuality, Magic and Aggression. *Jo.* XIX, 1938.
 (1182) Ichstaerke und Ichschwaechte. *Z.* XXIV, 1939.

OBERNDORF, C. P.

- (1183) Cases Allied to Manic-Depressive Insanity. *N. Y. S. Hosp. B.* V, 1919.
 (1184) Submucous Resection as a Castration Symbol. *Jo.* X, 1929.
 (1185) Technical Procedure in the Analytic Treatment of Children. *Jo.* XI, 1930.
 (1186) A Theory of Depersonalization. *Tr. A. N. A.*, 1933.
 (1187) Depersonalization in Relation to Erotization of Thought. *Jo.* XV, 1934.
 (1188) The Genesis of the Feeling of Unreality. *Jo.* XVI, 1935.
 (1189) Feeling of Unreality. *Arch. N. Ps.* XXXVI, 1935.
 (1190) The Psychogenic Factors in Asthma. *N. Y. S. J. M.* XXXV, 1935.
 (1191) On Retaining the Sense of Reality in States of Depersonalization. *Jo.* XX, 1939.
 (1192) The Feeling of Stupidity. *Jo.* XX, 1939.
 (1193) Time—Its Relation to Reality and Purpose. *R.* XXVIII, 1941.
 (1194) Comment on the Emotional Settings of Some Attacks of Urticaria. *Psychosom. Med.* IV, 1942.
 (1195) Results with Psychoanalytic Therapy. *A. J. P.* XCIX, 1942.

ODIER, CHARLES

- (1196) Vom Ueber-Ich. *Z.* XII, 1926.
 (1197) Geld und Neurose. Referat: *Ps-a. Bugg.* III, 1931.
 (1198) Krankhafte Neugier. *Paed.* XI, 1937.

O'DONOVAN, W. J.

- (1199) Dermatological Neuroses. *Paul, Trench, and Trubner*. London, 1927.

OLDEN, CHRISTINE

- (1200) About the Fascinating Effect of the Narcissistic Personality. *A. Im.* II, 1941.
 (1201) On Neurotic Disturbances of Sleep. *Jo.* XXIII, 1942.
 (1202) The Psychology of Obstinacy. *Q.* XII, 1943.

OPHUIJSEN, J. H. W. VAN

- (1203) On the Origin of the Feeling of Persecution. *Jo.* I, 1920.
 (1204) Contributions to the Masculinity Complex in Women. *Jo.* V, 1924.
 (1205) The Sexual Aim of Sadism as Manifested in Acts of Violence. *Jo.* X, 1929.
 (1206) Psychoanalysis of Organic Psychoses. In Lorand: *Ps-a. Today*, Covici Friede, New York, 1933.

OPPENHEIM, HANS

- (1207) Zur Frage der Genese des Eifersuchtwahnes. *C. II*, 1912.

ORGEL, SAMUEL Z.

- (1208) Reactivation of the Oedipus Situation. *Q. III*, 1934.

ORR, DOUGLAS W.

- (1209) A Psychoanalytic Study of a Fraternal Twin. *Q. X*, 1941.
 (1210) Pregnancy Following the Decision to Adopt. *Psychosom. Med.* III, 1941.
 (1211) Is There a Homeostatic Instinct? *Q. XI*, 1942.

PARKER, G. M.

- (1212) Analytic Views of the Psychic Factor in Shock. *N. Y. M. J. CVI*, 1918.

PASKIND, HARRY A.

- (1213) —y Brown, M.: Psychoses Resembling Schizophrenia Occurring with Emotional Stress, and Ending in Recovery. *A. J. P. XCVI*, 1940.

PATTERSON, RALPH M.

- (1214) —Craig, James B., Waggoner, Raymond W., y Freuberg, Richard: Studies of the Relationship between Emotional Factors and Arthritis. *A. J. P. XCIX*, 1943.

PAYNE, SYLVIA

- (1215) Some Observations on the Ego Development of the Fetisbist. *Jo. XX*, 1939.

PECK, MARTIN W.

- (1216) Exhibitionism: Report of a Case. *R. XI*, 1924.
 (1217) Notes on Identification in a Case of Depression. Reaction to the Death of a Love Object. *Q. VIII*, 1939.

PEINE, SIEGFRIED

- (1218) Von den neurotischen Wurzeln des gesteigerten Variationsbeduerfnisses, insbesondere in der Vita Sexualis. *Z. VIII*, 1922.

PELLER-ROUBICZEK, LILI

- (1219) Zur Kenntnis der Selbstmordhandlung. *Im. XXII*, 1936.

PFEIFER, SIGMUND

- (1220) A Form of Defense. *Jo. XI*, 1930.

PFISTER, OSCAR

- (1221) Ist die Brandstiftung ein archaischer Sublimierungsversuch? *Z. III*, 1915.
 (1222) The Psychoanalytic Method. *Moffat, Yard, New York*, 1917.
 (1223) Zum Kampf um die Psychoanalyse. *Int. Ps-a. V.*, Wien, 1920.

- (1224) Love in Children and Its Aberrations. *Dodd, Mead.*, New York, 1924.
 (1225) Schockdenken und Schockphantasien bei hochster Todesgefahr. *Z. XVI*, 1930.

PICHON, E.

- (1226) —y Parcheminey, G.: Ueber kurze psychotherapeutische Behandlungen auf Grund der Freudsehen Psychoanalyse. *Paed. XI*, 1937.

PLANK-SPIRA, EMMA

- (1227) Foerderung und Hemmung des Lernens. *Paed. VII*, 1933.

PÖTZL, OTTO

- (1228) Experimentell erregte Traumbilder in ihren Beziehungen zum indirekten Sehen. *Z. ges. N. P. XXXVII*, 1917.

POLLAK, FRANZ

- (1229) Psychoanalyse und klinische Psychiatrie. *Z. VII*, 1921.

PRATT, JOHN

- (1230) The Home Sanatorium Treatment of Consumption. *Johns Hopkins Hosp. Bull. XVII*, 1906.

PREYER, W.

- (1231) Die Seele des Kindes. 1884.

RAALTE, FRITS VAN

- (1232) Kindertraume und Pavor Nocturnus. *Z. I*, 1913.

RABINER, A. M.

- (1233) —y Keschnor, M.: The Role of Psychical Factors in the Production of Organic Nervous Disease. *J. N. Psychop. X*, 1930.

RADO, SANDOR

- (1234) Eine besondere Aeusserungsform der Kastrationsangst. *Z. V*, 1919.
 (1235) The Economic Principle in Psychoanalytic Technique. *Jo. VI*, 1925.
 (1236) The Psychic Effects of Intoxicants. *Jo. VII*, 1926.
 (1237) An Anxious Mother. *Jo. IX*, 1928.
 (1238) The Problem of Melancholia. *Jo. IX*, 1928.
 (1239) The Psychoanalysis of Pharmacothymia. *Q. II*, 1933.
 (1240) Fear of Castration in Women. *Q. II*, 1933.
 (1241) Psychoanalysis and Psychiatry. *Jo. XVII*, 1936.
 (1242) Development in the Psychoanalytic Conception and Treatment of the Neuroses. *Q. VIII*, 1939.
 (1243) A Critical Examination of the Concept of Bisexuality. *Psychosom. Med.* II, 1940.
 (1244) Pathodynamics and Treatment of Traumatic War Neuroses (Traumatophobia). *Psychosom. Med.* IV, 1942.

RANK, BEATE

- (1245) Where Child Analysis Stands Today. *A. Im. III*, 1942.

RANK, OTTO

- (1246) Der Kuenstler. *Hugo Heller*, Wien, 1907.
 (1247) Das Inzestmotiv in Dichtung und Sage. *Deuticke*, Leipzig, 1912.
 (1248) Myth of the Birth of the Hero. *J. N. M. D.* XL, 1913.
 (1249) Die Nacktheit in Sage und Dichtung. *Im.* II, 1913.
 (1250) Der Doppelgaenger. *Im.* III, 1914.
 (1251) Die Don Juan Gestalt. *Im.* VIII, 1922.
 (1252) Perversion and Neurosis. *Jo.* IV, 1923.

RAWSON, ARNOLD T.

- (1253) Accident Proneness. *Psychosom. Med.* VI, 1944.

READ, C. STANFORD

- (1254) The Psychopathology of Alcoholism and Some So-called Alcoholic Psychoses. *J. M. S.* LXVI, 1920.
 (1255) The Struggles of Male Adolescence. *Allen and Unwin*, London, 1928.

REDL, FRITZ

- (1256) Wir Lehrer und die Pruefungsangst. *Paed.* VII, 1933.
 (1257) Zum Begriff der Lernstoerung. *Paed.* VIII, 1934.
 (1258) Group Formation and Leadership. *Ps.* V, 1942.

REEDE, EDWARD H.

- (1259) Conversion Epilepsy. *R.* IX, 1922.

REICH, ANNIE

- (1260) Klinischer Beitrag zum Verstaendnis der paranoiden Persoenlichkeit. *Z.* XXII, 1936.
 (1261) A Contribution to the Psychoanalysis of Extreme Submissiveness in Women. *Q.* IX, 1940.

REICH, WILHELM

- (1262) Ueber Spezifitaet der Onaniefornen. *Z.* VIII, 1922.
 (1263) Zwei narzisstische Typen. *Z.* VIII, 1922.
 (1264) Ueber Genitalitaet. *Z.* X, 1924.
 (1265) Der psychogene Tie als Onanicaequivalent. *Z. S. W.* XI, 1925.
 (1266) Der triebhafte Charakter. *Int. Ps-a. V.*, Wien, 1925.
 (1267) Weitere Bemerkungen ueber die therapeutische Bedeutung der Genitallibido. *Z.* XI, 1925.
 (1268) Ueber die chronische hypochondrische Neurasthenie mit genitaler Asthenie. *Z.* XII, 1926.
 (1269) Zur Technik der Deutung und der Widerstandsanalyse. *Z.* XIII, 1927.
 (1270) Die Funktion des Orgasmus. *Int. Ps-a. V.*, Wien, 1927.
 (1271) Ueber Charakteranalyse. *Z.* XIV, 1928.
 (1272) Der genitale und der neurotische Charakter. *Z.* XV, 1929.
 (1273) Wohin fuehrt die Nackterziehung? *Paed.* III, 1929.
 (1274) Character Formation and the Phobias of Childhood. *Jo.* XII, 1931.
 (1275) The Characterological Mastery of the Oedipus Complex. *Ja.* XII, 1931.
 (1276) Ueber den epileptischen Anfall. *Z.* XVII, 1931.

- (1277) Der masochistische Charakter. *Z.* XVIII, 1932
 (1278) Der Einbruch der Sexualmoral. *Sexpol Verlag*, Berlin, 1932.
 (1279) Charakteranalyse. *Selbstverlag des Verfassers*, Berlin, 1933.
 (1280) Psychischer Kontakt und vegetative Stroemung. *Sexpol Verlag*. Kopenhagen, 1935

REIDER, NORMAN

- (1281) Remarks on Mechanisms in Non-Analytic Psychotherapy. *Dis Nerv. S.*, 1944.

REIK, THEODOR

- (1282) Zur lokomotorischen Angst. *Z.* II, 1914.
 (1283) Eine typische Zwangsbefuerchtung. *Z.* II, 1914.
 (1284) Die Pubertaetsriten der Wilden. *Im.* IV, 1915.
 (1285) Ueber kollektives Vergessen. *Z.* VI, 1920.
 (1286) Zum Thema: Traum und Nachtwandeln. *Z.* VI, 1920.
 (1287) Der eigene und der fremde Gott. *Int. Ps-a. V.*, Wien, 1920.
 (1288) Psychoanalysis of the Unconscious Sense of Guilt. *Jo.* V, 1924.
 (1289) Gestaendniszwang und Strafbduerfnis. *Int. Ps-a. V.*, Wien, 1925.
 (1290) Drei psychoanalytische Notizen. *Im.* XI, 1926.
 (1291) Psychologie und Depersonalisation. In *Wie man Psychologe wird; Int. Ps-a.* Wien, 1927.
 (1292) Final Phases of Belief Found in Religion and in Obsessional Neuroses. *Jo.* XI, 1930.
 (1293) New Ways in Psychoanalytic Technique. *Jo.* XIV, 1933.
 (1294) Nachdenkliche Heiterkeit. *Int. Ps-a. V.*, Wien, 1933.
 (1295) The Unknown Murderer. *Hogarth Press*, London, 1936.
 (1296) Surprise and the Psychoanalyst. *Kegan Paul*, London, 1936.
 (1297) Characteristics of Masochism. *A. Im.* I, 1940.
 (1298) Aggression from Anxiety. *Jo.* XXII, 1941.
 (1299) Masochism in Modern Man. *Farrar and Rinehart*, New York, 1941.

RIBBLE, MARGARET A.

- (1300) Clinical Studies of Instinctive Reactions in Newborn Babies. *A. J. P.* XCV, 1938.
 (1301) The Significance of the Infantile Sucking for the Psychic Development of the Individual. *J. N. M. D.* XC, 1939.
 (1302) Disorganizing Factors in Infant Personality. *A. J. P.* XCVIII, 1941.
 (1303) The Rights of Infants. *Columbia Univ. Press*, New York, 1944.

RICKMAN, JOHN

- (1304) Photography as a Pseudo-Perversion. *Ja.* VI, 1924.
 (1305) Alcoholism and Psychoanalysis. *B. J. In.* XXIII, 1925.
 (1306) A Psychological Factor in the Aetiology of Descensus Uteri, Laceration of the Perineum and Vaginism. *Ja.* VII, 1926.
 (1307) The Development of the Psychoanalytical Theory of the Psychoses, 1894-1926, a Survey. *Int. Ps-a. P.*, London, 1926.
 (1308) Index Psychoanalyticus, 1893-1926. *Inst. of Ps-a. and Hogarth Press*, London, 1926.
 (1309) (Ed.) On the Bringing Up of Children. *Kegan Paul*, London, 1936.

RIEMER, MORRIS D.

- (1310) Runaway Children. *A. J. Orthops.* X, 1940.

RIPLEY, HERBERT S.

- (1311) —Bohnenger, Charles, y Milhorat, Ade T.: Personality Factors in Patients with Muscular Disability. *A. J. P.* XCIX, 1943.

RIVIERE, JOAN

- (1312) Symposium on Child Analysis. *Jo.* VIII, 1927.
 (1313) Womanliness as a Masquerade. *Jo.* X, 1929.
 (1314) Jealousy as a Mechanism of Defense. *Jo.* XIII, 1932.
 (1315) A Contribution to the Analysis of Negative Therapeutic Reaction. *Jo.* XVII, 1936.
 (1316) On the Genesis of Psychical Conflict in Earliest Infancy. *Jo.* XVII, 1936.

ROBBINS, BERNARD S.

- (1317) Escape into Reality: A Clinical Note on Spontaneous Social Recovery. *Q.* VI, 1937.
 (1318) Neurotic Disturbances in Work. *Ps.* II, 1939.

ROGERSON, C. H.

- (1319) Play Therapy in Childhood. *Oxford Univ. Press*, Oxford, 1939.

ROHEIM, GEZA

- (1320) Das Selbst. *Im.* VII, 1921.
 (1321) Heiliges Geld in Melanesien. *Z.* IX, 1923.
 (1322) Mondmythologie und Mondreligion. *Im.* XIII, 1927.
 (1323) Sublimation. *Q.* XII, 1943.

ROSE, JOHN A.

- (1324) Eating Inhibitions in Children in Relation to Anorexia Nervosa. *Psychosom. Med.* V, 1943.

ROSENZWEIG, SAUL

- (1325) Sibling Death as a Psychological Experience with Special Reference to Schizophrenia. *R.* XXX, 1943.

ROSS, HELEN

- (1326) Play Therapy. *A. J. Orthops.* VIII, 1938.

RUBINOW-LURIE, OLGA

- (1327) Psychological Factors Associated with Eating Difficulties in Children. *A. J. Orthops.* XI, 1941.

SACHS, HANNS

- (1328) Traumdeutung und Menschenkenntnis. *Y.* III, 1912.
 (1329) Ueber Naturgefuehl. *Im.* I, 1912.
 (1330) Das Thema "Tod." *Im.* III, 1914.
 (1331) Zur Genese der Perversionen. *Z.* IX, 1923.
 (1332) The Community of Daydreams. In *The Creative Unconscious*, Sci. Art. Publ., Cambridge (Mass.), 1942.
 (1333) One of the Motive Factors in the Formation of the Superego in Women. *Jo.* X, 1929.
 (1334) Caligula. *Elkin Matthews and Harrot*, London, 1931.

SADGER, J.

- (1335) Ein Fall von Pseudoepilepsia hysterica, psychoanalytisch aufgelöst. *Kl. R.*, 1909.
 (1336) Ein Fall von multipler Perversion mit hysterischen Absencen. *Y.* II, 1910.
 (1337) Ueber Urethralerotik. *Y.* II, 1910.
 (1338) Haut-, Schleimhaut- und Muskelerotik. *Y.* III, 1941.
 (1339) Zur Psychologie des einzigen und des Lichlingskindes. *Fortschr. Med.* XXVI, 1911.
 (1340) Ist das Asthma bronchiale eine Sexualneurose? *C.* I, 1911.
 (1341) Ein merkwürdiger Fall von Nachwandeln und Mondsucht. *Z.* IV, 1916.
 (1342) Vom ungeliebten Kinde. *Fortschr. Med.*, 1916.
 (1343) Sleep Walking and Moon Walking. *N. M. D. Pub. Co.*, New York and Washington, 1919.
 (1344) Ueber Pruefungsangst und Pruefungstraume. *Z.* VI, 1920.
 (1345) Die Lehre von den Geschlechtsverirrungen (Psychopathia Sexualis) auf psychoanalytischer Grundlage. *Deuticke*, Leipzig, 1921.
 (1346) A Contribution to the Understanding of Sado-Masochism. *Jo.* VII, 1926.
 (1347) Ueber Depersonalisation. *Z.* XIV, 1928.
 (1348) Erfolge und Dauer der psychoanalytischen Neurosenbehandlung. *Z.* XV, 1929.

SANDSTROEM, TORA

- (1349) Ist die Aggressivität et Uebel? *Albert Bennier*, Stockholm, 1939.

SAUL, LEON I.

- (1350) A Note on the Psychogenesis of Organic Symptoms. *Q.* IV, 1935.
 (1351) Incidental Observations in Pruritus Ani. *Q.* VII, 1938.
 (1352) Psychogenic Factors in the Etiology of the Common Cold. *Jo.* XIX, 1938.
 (1353) Hostility in Cases of Essential Hypertension. *Psychosom. Med.* I, 1939.
 (1354) Utilization of Early Current Dreama in Formulating Psychoanalytic Cases. *Q.* IX, 1940.
 (1355) Some Observations on the Relations of Emotions and Allergy. *Psychosom. Med.* III, 1941.
 (1356) A Clinical Note on a Mechanism of Psychogenic Back Pain. *Psychosom. Med.* III, 1941.
 (1357) —y Bernstein, Clarence: The Emotional Setting in Some Attacks of Urticaria. *Psychosom. Med.* VI, 1941.

SAUVAGE-NOLTING, W. J. J. DE

- (1358) Ueber den Verfolgungswahn beim Weibe. *Z.* X., 1924.

SCHELVEN, THEODOR VAN

- (1359) Psychiatry and Psychoanalysis. *Jo.* X, 1929.

SCHIKOLA, HANS

- (1360) Ueber Lernstoerungen. *Paed.* X, 1936.

SCHJELDERUP, HARALD K.

- (1361) Charakterveraenderungen durch psychoanalytische Behandlung. *Acta Ps. et N.* XI, 1936.

SCHILDER, PAUL

- (1362) Projektion eigener Defekte in Trugwahrnehmungen. *Neur. Z.*, 1919.
 (1363) Ueber Gedankenentwicklung. *Z. ges. N. P.* LIX, 1920.
 (1364) Ueber Identifizierung auf Grund der Analyse eines Falles von Homosexualitaet. *Z. ges. N. P.* LIX, 1920.
 (1365) Ueber Halluzinationen. *Z. ges. N. P.* LIX, 1920.
 (1366) Zur Theorie der Entfremdung der Wahrnehmungswelt. *Allg. Z. f. Ps.* LXXXVI, 1921.
 (1367) Vorstudien einer Psychologie der Manie. *Z. ges. N. P.* LXVIII, 1928.
 (1368) Ueber eine Psychose nach Staroperation. *Z. VIII*, 1922.
 (1369) Zur Pathologie des Ichideals. *Z. VIII*, 1922.
 (1370) Ueber das Wesen der Hypnose. *Springer*, Berlin, 1922.
 (1371) Die Angstneurose. *W. m. W.* XXXVII, 1923.
 (1372) The Image and Appearance of the Human Body. *Paul, Trench, Trubner*, London, 1935.
 (1373) Seele und Leben. *Springer*, Berlin, 1923.
 (1374) Zur Lehre von der Hypochondrie. *M. N. P.* LVI, 1924.
 (1375) Medizinische Psychologie. *Springer*, Berlin, 1924.
 (1376) Zur Psychologie der progressiven Paralyse. *Z. ges. N. P.* XCV, 1925.
 (1377) —y Sugar, Nikolaus: Zur Lehre von den schizophrenen Sprachstoerungen. *Z. ges. N. P.* XCV, 1926.
 (1378) —y Kauders, Otto: Hypnosis. *N. M. D. Pub. Co.*, New York and Washington, 1927.
 (1379) Introduction to a Psychoanalytic Psychiatry. *N. M. D. Pub. Co.*, New York and Washington, 1928.
 (1380) The Neurasthenic-Hypochondriac Character. *M. R. R.*, 1930.
 (1381) Ueber Neurasthenic. *Z. XVII*, 1931.
 (1382) Brain and Personality. *N. M. D. Pub. Co.*, New York and Washington, 1931.
 (1383) Notes on Psychogenic Depressions and Melancholia. *R. XX*, 1933.
 (1384) The Psychoanalysis of Space. *Jo.* XVI, 1935.
 (1385) Psychopathologie der Zeit. *Im.* XXI, 1935.
 (1386) Zur Psychoanalyse der Geometrie, Arithmetik und Physik. *Im.* XXII, 1936.
 (1387) Remarks on the Psychophysiology of the Skin. *R.* XXIII, 1936.
 (1388) The Analysis of Ideologies as a Psychotherapeutic Method, Especially in Group Treatment. *A. J. P.* XCIII, 1936.
 (1389) The Social Neurosis. *R.* XXV, 1938.
 (1390) Psychotherapy. *Norton*, New York, 1938.
 (1391) The Relations between Clinging and Equilibrium. *Jo.* XX, 1939.
 (1392) Notes on the Psychology of Metrazol Treatment of Schizophrenia. *J. N. M. D.* LXXXIX, 1939.
 (1393) Results and Problems of Group Psychotherapy in Severe Neuroses. *M. H.* XXIII, 1939.
 (1394) Introductory Remarks on Groups. *J. Soc. Psych.* XII, 1940.
 (1395) —y Levine, E. L.: Abstract Art as an Expression of Human Problems. *J. N. M. D.* XCV, 1942.
 (1396) The Sociological Implications of Neuroses. *J. Soc. Psych.* XV, 1942.

SCHMIDEBERG, MELITTA

- (1397) Intellektuelle Hemmung und Aggression. *Paed.* IV, 1930.
 (1398) A Contribution to the Psychology of Persecutory Ideas and Delusions. *Jo.* XII, 1931.
 (1399) Some Unconscious Mechanics in Pathological Sexuality and Their Relation to Normal Sexual Activity. *Jo.* XIV, 1933.
 (1400) The Psychoanalytic Treatment of Asocial Children. *The New Era* XIV, 1933.
 (1401) The Psychoanalysis of Asocial Children. *Jo.* XVI, 1935.

- (1402) On Motoring and Walking. *Jo.* XVIII, 1937.
 (1403) Intellectual Inhibition and Disturbances in Eating. *Jo.* XIX, 1938.

SCHMIDT, WERA

- (1404) Die Bedeutung des Brustsaugens und Fingerlutschens fuer die psychische Entwicklung des Kindes. *Im.* XII, 1926
 (1405) Die Entwicklung des Wisstriebes bei einem Kinde. *Im.* XVI, 1930.

SCHNEIDER, ERNST

- (1406) Ueber das Stottern, Entstehung, Verlauf und Heilung. *A Francke*, Bern, 1922.
 (1407) Die Entstehung von Pavor Nocturnus bei einem Kinde. *Paed.* II, 1928.
 (1408) Neurotische Depression und Stehlen. *Paed.* VII, 1933.

SCHROEDER, THEODORE

- (1409) What is Psychologic Recovery? *R.* XXII, 1935.

SCHULTZ, I. H.

- (1410) Das autogene Training. *Thieme*, Leipzig, 1932.

SCHULTZ-HENCKE, HARALD

- (1411) Einfuehrung in die Psychoanalyse. *Gustav Fischer*, Jena, 1927.
 (1412) Schicksal und Neurose. *Gustav Fischer*, Jena, 1931.

SCHWARTZ, LOUIS ADRIAN

- (1413) An Analyzed Case of Essential Hypertension. *Psychosom. Med.* II, 1940.

SCHWARZ, OSWALD

- (1414) Psychogenese und Psychotherapie koerperlicher Symptome. *Springer*, Wien, 1925.

SEARL, NINA

- (1415) A Case of Stammering in a Child. *Jo.* VIII, 1927.
 (1416) The Flight to Reality. *Jo.* X, 1929.
 (1417) Danger Situations of the Immature Ego. *Jo.* X, 1929.
 (1418) A Note on Depersonalization. *Jo.* XIII, 1932.
 (1419) The Psychology of Screaming. *Jo.* XIV, 1933.

SERVADIO, EMIL

- (1420) Die Angst vor dem boesen Blick. *Im.* XXII, 1936.

SHACKLEY, FRANCIS M.

- (1421) The Role of Homosexuality in the Genesis of Paranoid Conditions. *R.* I. 1914.

SHARPE, ELLA F.

- (1422) Certain Aspects of Sublimation and Delusion. *Jo.* XI, 1930.
 (1423) The Technique of Psychoanalysis. *Jo.* XI, 1930, y XII, 1931.

- (1424) Similar and Divergent Unconscious Determinants Underlying the Sublimations of Pure Art and Pure Science. *Jo.* XVI, 1935.

SHEEHAN-DARE, HELEN

- (1425) On Making Contact with the Child Patient. *Jo.* XV, 1934.

SILBERER, HERBERT

- (1426) Bericht ueber eine Methode, gewisse symbolische Halluzinationserscheinungen hervorgerufen und zu beobachten. *Y.* I, 1909.
 (1427) Symbolik des Erwachens und Schwellensymbolik ueberhaupt. *Y.* III, 1911.
 (1428) Ueber die Symbolbildung. *Y.* III, 1911.
 (1429) Von den Kategorien der Symbolik. *C.* II, 1912.
 (1430) Zur Symbolbildung. *Y.* IV, 1912.

SILBERMANN, ISIDOR

- (1431) The Psychical Experiences during the Shoeks in Sboek Therapy. *Jo.* XXI, 1940.

SILVERBERG, WILLIAM V.

- (1432) Eine Uebergangphase in der Genese der Phantasie: Ein Kind wird geschlagen. *Z.* XVI, 1930.

SILVERMAN, DANIEL

- (1433) Prognosis in Schizophrenia. *Psych. Q.* XV, 1941.

SIMMEL, ERNST

- (1434) Kriegsneurosen und psychisches Trauma, ihre gegenseitigen Beziehungen, dargestellt auf Grund psychoanalytischer und hypnotischer Studien. *Otto Nernlich, Muenchen u. Leipzig*, 1918.
 (1435) Zur Psychoanalyse des Spielers. *Vortrag.* VI, Int. Ps-a. Kongs.; Autoref. *Z.* VI, 1920.
 (1436) Die psychophysische Bedeutsamkeit des Intestinalorgans fuer die Urverdraengung. *Vortrag.* VIII, Int. Ps-a. Kongs.; Autoreg. *Z.* X, 1924.
 (1437) A Screen Memory in Statu Nascendi. *Jo.* VI, 1925.
 (1438) The Doctor Game, Illness and the Profession of Medicine. *Jo.* VII, 1926.
 (1439) Die Aushildung des Psychotherapeuten vom Standpunkte der Psychoanalyse. Bericht 1. aerztl. Kongr. f. Psychotherapie, Baden-Baden, 1926; Carl Marold, Halle a/S, 1927.
 (1440) Psychoanalytic Treatment in a Clinic. *Jo.* X, 1929.
 (1441) Zum Problem von Zwang und Sucht. Ber. ueber d. V. allg. aerztl. Kongr. Psychotherapie, 1930.
 (1442) The Psychogenesis of Organic Disturbances and Their Psychoanalytic Treatment. Abstract in *Q.* I, 1932.
 (1443) The Psychoanalytic Sanitarium and the Psychoanalytic Movement. *Menn. Bull.* I, 1937.
 (1444) The Psychology of a Potential Lust-Murderer. Paper read in the Ps-a. Study Group of Los Angeles, 1939.

SLAVSON, S. R.

- (1445) An Introduction to Group Therapy. *Commonwealth Fund*, New York, 1943.

SLUTSKY, ALBERT

- (1446) Interpretation of a Resistance: The Analytic Treatment as a Neurotic Defense. *Q.* I, 1932.

SOLOMON, JOSEPH C.

- (1447) Active Play Therapy. *A. J. Orthops.* VIII, 1938.
 (1448) Active Play Therapy: Further Experiences. *A. J. Orthops.* X, 1940.

SPERBER, ALICE

- (1449) Ueber das Auftreten von Hemmungen bei Tagtraeumen. *Im.* XVI, 1930.

SPERBER, HANS

- (1450) Ueber den Einfluss sexueller Momente auf Entstehung und Entwicklung der Sprache. *Im.* I, 1914.

SPIELREIN, SABINA

- (1451) Ueber den psychologischen Inhalt eines Falles von Schizophrenie (Dementia Praecox). *Y.* III, 1911.
 (1452) Zur Frage der Entstehung und Entwicklung der Lautsprache. *Z.* VI, 1920.
 (1453) Die Entstehung der kindlichen Worte Papa und Mama. *Im.* VIII, 1922.
 (1454) Ein Zusehertypus. *Z.* IX, 1923.
 (1455) Die Zeit im unterschwelligem Seelenleben. *Im.* IX, 1923.
 (1456) Kinderzeichnungen bei offenen und geschlossenen Augen. *Im.* XVII, 1931.

SPITZ, RENÉ

- (1457) Wiederholung, Rhythmus, Langeweile. *Im.* XXIII, 1937.
 (1458) Familienneurose und neurotische Familie. *Z.* XXIII, 1937.

SPRAGUE, GEORGE S.

- (1459) Ideas of Contamination as a Defense against Sexuality. *A. J. P.* XCVII, 1940.
 (1460) Regresión in Catatonia. *J. N. M. D.* XCI, 1940.

SPRING, WILLIAM A.

- (1461) Words and Masses: A Pictorial Contribution to the Psychology of Stammering. *Q.* IV, 1935.
 (1462) Observations on World Destruction Fantasies. *Q.* VIII, 1939.

STAERCKE, AUGUST

- (1463) Rechts und Links in der Wahnidee. *Z.* II, 1914.
 (1464) Ein einfacher Lach- und Weinkrampf. *Z.* V, 1919.
 (1465) The Reversal of the Libido Sign in Delusions of Persecution. *Jo.* I, 1920.
 (1466) The Castration Complex. *Jo.* II, 1921.
 (1467) Psychoanalysis and Psychiatry. *Jo.* II, 1921.
 (1468) Ueber Tanzen, Schlagen, Kuessen usw.; der Anteil des Zerstoerungsbeduerfnisses an einigen Handlungen. *Im.* XII, 1926.
 (1469) Conscience and the Role of Repetition. *Jo.* X, 1929.
 (1470) Die Rolle der analen und oralen Quantitaeten im Verfolgungswahn und in sehnlichen Systemgedanken. *Z.* XXI, 1935.

STAUB, HUGO

- (1471) A Runaway from Home. *Q.* XII, 1943.

STAUDACHER, C.

- (1472) Heilung eines Falles von Kriegsneurose. *Z.* XIV, 1928.

STEGMANN, MARGARETHE

- (1473) Die Psychogenese organischer Krankheiten und das Weltbild. *Im.* XII, 1926.

STEINER, MAXIM

- (1474) Die psychischen Störungen der männlichen Potenz. *Deutsche*, Leipzig, 1913.
 (1475) Die Bedeutung der femininen Identifizierung fuer die männliche Impotenz. *Z.* XVI, 1930.

STEINFELD, JULIUS

- (1476) Ein Beitrag zur Analyse der Sexualfunktion. *Z. ges. N. P.* CVII, 1927.
 (1477) Therapeutic Results on "Treatment-Resistant" Schizophrenics. *Bull. Forest San.* I, 1942.

STEKEL, WILHELM

- (1478) Die psychische Behandlung der Epilepsie. *C.* I, 1911.
 (1479) Die Sprache des Traumes. *Bergmann*, Wiesbaden, 1911.

STENGEL, ERWIN

- (1480) Zur Kenntnis der Triebstörungen und der Abwehrreaktionen des Ichs bei Hirnkranken. *Z.* XXI, 1935.
 (1481) Prüfungsangst und Prüfungsneurose. *Paed.* X, 1936.
 (1482) Studies on the Psychopathology of Compulsive Wandering. *M.* XVIII, 1939.
 (1483) Further Studies on Pathological Wandering. *J. M. S.* LXXXIX, 1943.

STEPHEN, KARIN

- (1484) Introjection and Projection, Guilt and Rage. *M.* XIV, 1943.
 (1485) The Development of Infantile Anxiety in Relation to Frustration, Aggression and Fear. *J. M. S.* LXXXIV, 1938.

STERBA, EDITHA

- (1486) Nacktheit und Scham. *Paed.* III, 1929.
 (1487) An Abnormal Child. *Q.* V, 1936.
 (1488) Homesickness and the Mother's Breast. *Psych. Q.* XIV, 1940.
 (1489) An Important Factor in Eating Disturbances of Childhood. *Q.* X, 1941.

STERBA, RICHARD

- (1490) Ueber latente negative Uebertragung. *Z.* XIII, 1927.
 (1491) An Examination Dream. *Jo.* IX, 1928.
 (1492) Der orale Ursprung des Neides. *Paed.* III, 1929.
 (1493) Zur Problematik der Sublimierungslehre. *Z.* XVI, 1930.
 (1494) "Eifersuechtig auf—?" *Ps-a. Bwgg.* II, 1930.
 (1495) Zur Theorie der Erziehungsmittel. *Im.* XVIII, 1932.

- (1496) Ueber den Oedipuskomplex beim Maedchen. *Paed.* VII, 1933.
 (1497) The Fate of the Ego in Analytic Therapy. *Jo.* XV, 1934.
 (1498) The Dynamics of the Dissolution of the Transference Resistance. *Q.* IX, 1940.
 (1499) Introduction to the Psychoanalytic Theory of the Libido. *N. M. D. Pub. Co.*, New York and Washington, 1942.

STERN, ADOLPH

- (1500) Prophylaxis in the Psychoneuroses. *R.* X, 1923.
 (1501) On the Counter-Transference in Psychoanalysis. *R.* XI, 1924.
 (1502) A Psychoanalytic Attempt to Explain Some Spontaneous Cures in Psychoneuroses. *R.* XI, 1924.
 (1503) Waht is a Cure in Psychoanalysis? *R.* XII, 1925.
 (1504) Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Borderline Group of Neuroses. *Q.* VII, 1938.

STEWART, WILTON R.

- (1505) Color Blindness and Tone Deafness Restored to Health during Psychotherapeutic Treatment Using Dream Analysis. *J. N. M. D.* XCIII, 1941.

STOCKER, ARNOLD

- (1506) Oedipustraum eines Schizophrenen. *Z.* VIII, 1922.

STOKES, JOHN H.

- (1507) Masochism and Other Sex Complexes in the Background of Neurogenic Dermatitis. *Arch. Derm. Syph.* XXII, 1930.
 (1508) Functional Neuroses as Complications of Organic Disease. *J. A. M. A.* CV, 1935.
 (1509) —y Beerman, Herman: Psychosomatic Correlations in Allergic Conditions. *Psychosom. Med.* II, 1940.
 (1510) The Personality Factor in Psycho-Neurogenic Reactions of the Skin. *Arch. Derm. Syph.* XLII, 1940.

STONE, LEO

- (1511) Concerning the Psychogenesis of Somatic Disease. *Jo.* XIX, 1938.

STRACHEY, JAMES

- (1512) Some Unconscious Factors in Reading. *Jo.* XI, 1930.
 (1513) The Function of the Precipitating Factor in the Etiology of the Neuroses. *Jo.* XII, 1931.
 (1514) The Nature of the Therapeutic Action of Psychoanalysis. *Jo.* XV, 1934.

STRAUSS-WEIGERT, DORA

- (1515) Kinderspiel und Fetischismus. *Paed.* VI, 1932.

SUGAR, NIKOLAUS

- (1516) Zur Genese und Therapie der Homo sexualitaet. *Ab. Ps. N.* XLIV, 1926.
 (1517) Zur Frage der mimischen Bejahung und Verneinung. *Z.* XXVI, 1941.

SULLIVAN, HARRY STACK

- (1518) Conceptions of Modern Psychiatry. *Ps.* III, 1940.

SUTER

- (1519) Die Beziehungen zwischen Aufmerksamkeit und Atem. *Arch. ges. Psych.* 1925.

SUTHERLAND, J. D.

- (1520) Three Cases of Anxiety and Failure in Examination. *M.* XIX, 1941.

SYSMONDS, PERCIVAL M.

- (1521) Diagnosing Personality and Conduct. *Century*, New York, 1932.

SYMONS, NORMANN J.

- (1522) On the Conception of a Dread of the Strength of the Instincts. *M.* XVIII, 1939.

SYMPOSIUM

- (1523) On Fatigue. A. Soc. Res. Ps-s. Pr., New York, Dec. 18, 1942, *Psychosom. Med.* V, 1943.

SZALAI, ALEXANDER

- (1524) Infectious Parapraxes. *Jo.* XV, 1934.

SZUREK, STANISLAU A.

- (1525) Notes on the Genesis of Psychopathic Personality Trends. *Ps.* V, 1942.

TAMM, ALFHILD

- (1526) Drei Faelle von Stehlen bei Kindern. *Paed.* II, 1928.
 (1527) Zwei Faelle von Stottern. *Paed.* II, 1928.
 (1528) Kurze Analysen von Schuelern mit Lese- und Schreihstocungen. *Paed.* III, 1929.

TAUSK, VIKTOR

- (1529) Zur Psychologie des alkoholischen Beschaeftigungsdelirs. *Z.* III, 1915.
 (1530) Bemerkungen zu Abrahams Aufsatz: "Ueber Ejaculatio Praecox". *Z.* IV, 1916.
 (1531) On the Origin of the Influencing Machine in Schizophrenia. *Q.* II, 1933.
 (1532) Compensation as a Means of Discounting the Motive of Repression. *Jo.* V, 1924.

TERRY, ELLA

- (1533) Stottern und Stehlen. *Paed.* V, 1931.

THOMAS, GILES W.

- (1534) Psychic Factors in Rheumatoid Arthritis. *A. J. P.* XCIII, 1936.
 (1535) Group Psychotherapy. A Review of the Recent Literature. *Psychosom. Med.* V, 1943.

THOMPSON, CLARA

- (1536) Notes on the Psychoanalytic Significance of the Choice of the Analyst. *Ps.* I, 1938.
 (1537) Identification with the Enemy and Loss of the Sense of Self. *Q.* IX, 1940.
 (1538) "Penis Envy" in Women. *Ps.* VI, 1943.

THOMPSON, J. W.

- (1539) —y Corwin, W.: Correlations between Patterns of Breathing and Personality Manifestation. *Arch. N. Ps.* XLVII, 1942.

THORNER, H. A.

- (1540) The Mode of Suicide as a Manifestation of Fantasy. *M.* XVII, 1938.

TIDD, CHARLES W.

- (1541) Increasing Realty Acceptance by a Schizoid Personality during Analysis. *Menn Bull.* I, 1937.
 (1542) A note on the Treatment of Schizophrenia. *Menn. Bull.* II, 1938.

TRAVIS, LEE E.

- (1543) Mental Conflicts as the Cause of Bad Spelling and Poor Writing. *R.* XI, 1924.

TROWBRIDGE, LOWELL S.

- (1544) —Cushman, Dorothy, Gray, M. Geneva, y Moore, Merrill: Notes on the Personality of Patients with Migraine. *J. N. M. D.* XCVII, 1943.

VARENDONCK, J.

- (1545) The Psychology of Daydreams. *Allen and Unwin*, London, 1921.
 (1546) Ueber dar vorherwusste phantasierende Denken. *Int. Ps-a.* V., Wien, 1922.
 (1547) The Evolution of the Conscious Faculties. *Macmillan*, New York, 1923.

WAELDER, JENNY

- (1548) Analyse eines Falles von Pavor Nocturnus. *Paed.* IX, 1935.

WAELDER, ROBERT

- (1549) The Psychoses: Their Mechanisms y Accessibility to Influence. *Jo.* VI, 1925.
 (1550) Schizophrenic and Creative Thinking. *Jo.* VII, 1926.
 (1551) The Principle of Multiple Function. *Q.* V, 1936.
 (1552) The Psychoanalytic Theory of Play. *Q.* II, 1933.
 (1553) The Problem of the Genesis of Psychical Conflict in Earliest Infancy. *Jo.* XVIII, 1937.

WALL, CONRAD

- (1554) Observations on the Behavior of Schizophrenic Patients Undergoing Insulin Shock Therapy. *J. N. M. D.* XCI, 1940.

WALLER, JOHN V.

- (1555) —Kaufmann, M. Ralph, y Deutsch, Felix: Anorexia Nervosa. *Psychosom. Med.* II, 1940.

WARBURG, BETTINA

- (1556) Suicide, Pregnancy and Rebirth. *Q.* VII, 1938.

WEIGERT-VOWINCKEL, EDITH

- (1557) Der heutige Stand der psychiatrischen Schizophrenieforschung. *Z.* XVI, 1930.
 (1558) A Contribution to the Theory of Schizophrenia. *Jo.* XVII, 1936.

- (1559) The Cult and Mythology of the Magna Mater from the Standpoint of Psychoanalysis. *Ps. I*, 1938.
 (1560) Psychoanalytic Notes on Sleep and Convulsion Treatment in Functional Psychoses. *Ps. III*, 1940.

WEIJL, S.

- (1561) On the Psychology of Alcoholism. *R. XV*, 1928.

WEININGER, BENJAMIN J.

- (1562) Psychotherapy during Convalescence from Psychosis. *Ps. I*, 1938.

WEISS, EDOARDO

- (1563) Psychoanalyse eines Falles von nervoescm Asthma. *Z. VIII*, 1922.
 (1564) A Contribution to the Psychological Explanation of the Arc de Cercle. *Jo. VI*, 1925.
 (1565) Ueber eine noch nicht beschriebene Phase der Entwicklung zur heterosexuellen Liebe. *Z. XI*, 1925.
 (1566) Der Vergiftungswahn im Lichte der Introjektions- und Projektionsvorgaenge. *Z.*
 (1567) Regression and Projection in the Superego. *Jo. XIII*, 1932.
 (1568) A Recovery from the Fear of Blushing. *Q. II*, 1933.
 (1569) Agoraphobia y Its Relation to Hysterical Attacks and to Traumas. *Jo. XVI*, 1935.
 (1570) Emotional Memories and Acting Out. *Q. XI*, 1942.

WEISS, EDWARD

- (1571) Cardiovascular Lesions of Probably Psychosomatic Origin in Arterial Hypertension. *Psychosom. Med. II*, 1940.
 (1572) Neurocirculatory Asthenia. *Psychosom. Med. V*, 1943.
 (1573) —y English, O. Spurgeon: Psychosomatic Medicine. *Saunders*, Philadelphia, 1943.
 (1574) Cardiospasm, a Psychosomatic Disorder. *Psychosom. Med. VI*, 1944.

WEISS, VANDA

- (1575) Ueber die Realitaet in der Phantasietaetigkeit. *Ps.-a. Bugg. V*, 1933.

WESTERMAN-HOLSTIJN, A. J.

- (1576) From the Analysis of a Patient with Cramp of the Spinal Accessory. *Jo. III*, 1922.
 (1577) Retentio Urinae. *Z. X*, 1924.
 (1578) Oral Erotism in Paraphrenia. *Jo. XV*, 1934.

WHITE, W. A.

- (1579) Moon Myth in Medicine: The Moon as Libido Symbol. *R. I*, 1914.
 (1580) Mechanisms of Character Formation. *Macmillan*, New York, 1916.
 (1581) Principles of Mental Hygiene. *Macmillan*, New York, 1916.
 (1582) The Mental Hygiene of Childhood. *N. M. D. Pub. Co.*, New York y Washington, 1919.
 (1583) The Language in Schizophrenia. In *Schizophrenia*: Assn. Research N. M. D., Hoeber, New York, 1928.

WHOLEY, C. C.

- (1584) A Psychosis Presenting Schizophrenic and Freudian Mechanisms with Scientific Clearness. *A. J. I. LXXXIII*, 1916.

- (1585) Revelations of the Unconscious in an Alcoholic Psychosis, *A. J. I. LXXIV*, 1917.
 (1586) A Case of Multiple Personality, *R. XIII*, 1925.

WIENER PSYCHOANALYTISCHE VEREINIGUNG

- (1587) Ueber den Selbstmord, insbesondere den Schuelerselbstmord. Diskussion der *Wiener Ps.-a. V.*, Wiesbaden, 1910.
 (1588) Die Onanie. Diskussion der *Wiener Ps.-a. V.*, Wiesbaden, 1912.

WILSON, GEORGE W.

- (1589) Typical Personality Trends and Conflicts in Cases of Spastic Colitis. *Q. III*, 1934.
 (1590) Report of a Case of Acute Laryngitis Occurring as a Conversion Symptom during Analysis. *R. XXI*, 1934.
 (1591) The Analysis of a Transitory Conversion Symptom Simulating Pertussis. *Jo. XVI*, 1935.
 (1592) The Transition from Organ Neurosis to Conversion Hysteria. *Jo. XIX*, 1938.

WILSON, GEORGE

- (1593) —Rupp, Charles, y Barble, Harvey: Emotional Factors in Organic Disease of the Central Nervous System. *A. J. P. XCIX*, 1943.

WINDHOLZ, EMANUEL

- (1594) On Neurotic Disturbances of Sleep. *J. XXIII*, 1942.

WINNICOTT, D. W.

- (1595) Enuresis. *M. XVI*, 1936.
 (1596) The Observation of Infants in a Set Situation. *Jo. XXII*, 1941.

WINTERSTEIN, ALFRED

- (1597) Der Sammler. *Im. VII*, 1921.
 (1598) Zur Problematik der Einfueehlung und des psychologischen Verstehens. *Im. XVIII*, 1931.
 (1599) Schuldgefuehl, Gewissensangst und Strafbuederfnis. *Z. XVIII*, 1932.
 (1600) Echtheit und Uechtheit im Seelenleben. *Im. XX*, 1934.

WITTELS, FRITZ

- (1601) The Hysterical Character. *M. R. R.*, 1930.
 (1602) The Superego in Our Judgment of Sex. *Jo. XIV*, 1933.
 (1603) Criminal Psychopath in the Psychoanalytic System. *R. XXIV*, 1937.
 (1604) The Mystery of Masochism. *R. XXIV*, 1937.
 (1605) Psychology and Treatment of Depersonalization. *R. XXVII*, 1940.
 (1606) Cleptomania and Other Psychopathic Crimes. *J. Crim. Psych. IV*, 1942.

WITTKOWER, ERICH

- (1607) Studies on the Influence of Emotions on the Functions of Organs, Including Observations in Normals y Neurotics. *J. M. S. LXXXI*, 1935.
 (1608) The Psychological Factor in Cardiac Pain. *Lancet*, 1937.

WOLBERG, LEWIS R.

- (1609) The Problem of Self-Esteem in Psychotherapy. *N. Y. S. J. M. XLIII*, 1943.
 (1610) The Spontaneous Mental Cure. *Psych. Q. XVIII*, 1944.

WORSTER-DROUGHT, C.

- (1611) Hystero-Epilepsy. *M.* XIV, 1934.

WORTIS, HERMAN

- (1612) —y Dattner, Bernhard: An Analysis of a Somatic Delusion. *Psychosom. Med.* IV, 1942.

WULFF, M.

- (1613) Die Luege in der Psychoanalyse. *C.* II, 1912.
 (1614) Zur Psychologie der Syphilisphobie. *C.* III, 1913.
 (1615) Zur Psychogenese des Asthma Bronchiale. *C.* III, 1913.
 (1616) Bemerkungen ueber einige Ergebnisse bei einer psychiatrischneurologischen Untersuchung von Chauffeurs. *Z.* XIV, 1928.
 (1617) Zur Psychologie der Kinderlaunen. *Im.* XV, 1929.
 (1618) Mutter-Kind Beziehungen als Aesserungsform des weiblichen Kastrationskomplexes. *Z.* XVIII, 1932.
 (1619) Ueber einen interessanten oralen Symptomenkomplex und seine Beziehung zur Sucht. *Z.* XVIII, 1932.
 (1620) Ueber den hysterischen Anfall. *Z.* XIX, 1933.
 (1621) A Case of Male Homosexuality. *Jo.* XXIII, 1942.

WYRUBOW, N. A.

- (1622) Ueber Zyklithymie und ihre Kombinationen. *C.* IV, 1913.

YARNELL, HELEN

- (1623) Firesetting in Children. *A. J. Orthops.* X, 1940.

YATES, SYBILLE

- (1624) Some Problems of Adolescence. *Lancet.* CCXXIV, 1933.

YOUNG, DAVID A.

- (1625) An Anal Substitute for Genital Masturbation in a Case of Paranoid Schizophrenia. *Q.* XII, 1943.

ZACHRY, CAROLINE B.

- (1626) Contributions of Psychoanalysis to the Education of the Adolescent. *Q.* VIII, 1939.
 (1627) Emotions & Conduct in Adolescence. *Appleton-Century*, New York, 1940.

ZILBOORG, GREGORY

- (1628) Schizophrenia nach Entbindungen. *Z.* XV, 1929.
 (1629) Anxiety without Affect. *Q.* II, 1933.
 (1630) The Problem of Constitution in Psychopathology. *Q.* III, 1934.
 (1631) Suicide among Civilized and Primitive. *A. J. P.* XCII, 1936.
 (1632) Differential Diagnostic Types of Suicide. *Arch. N. Ps.* XXXV, 1936.
 (1633) Considerations on Suicide, with Particular Reference to that of the Young. *A. J. Orthops.* VIII, 1937.
 (1634) Some Observations on the Transformation of Instincts. *Q.* VII, 1938.

- (1635) Ambulatory Schizophrenia. *Ps.* IV, 1941.
 (1636) —y Henry, George W.: A History of Medical Psychology. *Norton*, New York, 1941.
 (1637) Psychology and Culture. *Q.* XI, 1942.
 (1638) Fear of Death. *Q.* XII, 1943.

ZULLIGER, HANS

- (1639) Psychoanalytic Experiences in Public-School Practice. *A. J. Orthops.* X, 1940, y XI, 1941.
 (1640) Beitrage zur Psychologie der Trauer- und Bestattungsgebräuche. *Im.* X, 1924.
 (1641) Geloeste Ketten. *Alwin Huhle*, Dresden, 1926.
 (1642) Die Roichtschaegeten. *Im.* XIV, 1928.
 (1643) Der Wendepunkt in der Analyse eines Zwangsluegners. *Paed.* III, 1929.
 (1644) Hintergruende einer orthographischen Hemmung. *Paed.* IV, 1930.
 (1645) Versager in der Schule. *Paed.* IV, 1930.
 (1646) Schwierige Schueler. *Huber*, Bern, 1935.

BIBLIOGRAFIA PSICOANALITICA EN CASTELLANO *

ABADI, M.

- "Dionisio — Estudio psicoanalítico del mito y culto dionisiacos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.
- "El Autorreproche Melancólico". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
- "Consideraciones psicoanalíticas acerca de algunos aspectos de una psicosis con amaurosis congénita". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
- "Nota acerca de algunos mecanismos en la psicogénesis de la obesidad". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
- "Estructura de la melancolía y de la manía". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
- "Interpretación y verbalización. La comunicación a distancia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.
- Renacimiento de Edipo*. Buenos Aires, Nova, 1960.

ABERASTURY, A.

- Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Buenos Aires, Paidós, 1962.

ABRAHAM, K.

- "Breve estudio del desarrollo de la libido a la luz de los trastornos mentales". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.
- "Sobre la exploración y el tratamiento psicoanalítico de la psicosis maniaco-depresiva y estados análogos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-1946.
- "Investigaciones sobre la primera fase pregenital de la libido". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-1946.
- "Restricciones y transformaciones de la escoptofilia en psiconeuróticos. Observaciones de fenómenos análogos en la psicología popular". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.
- "Diferencias psicosexuales entre histeria y demencia precoz". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.
- "Relaciones psicológicas entre sexualidad y alcoholismo". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.
- "Amenhotep IV. Contribución psicoanalítica a la interpretación de su personalidad y el culto monoteístico de Atón". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.
- Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires, Hormé, 1959.
- Estudios sobre psiquinría y psicoanálisis*. Buenos Aires, Hormé, 1961.

* Agregada especialmente para esta edición.

ACKERMAN, N.

— y JAHODA, H.: *Psicoanálisis del antisemitismo*. Buenos Aires, Paidós, 2ª Ed., 1962.

ADLER, ALFRED

Conocimiento del hombre. Madrid, Espasa Calpe, 1931.*La psicología individual y la escuela*. Buenos Aires, Losada, 1941.*El sentido de la vida*. Madrid, Miralce, 6ª ed., 1955.*El carácter neurótico*. Buenos Aires, Paidós, 2ª ed., 1959; 3ª ed., 1965.*Práctica y teoría de la psicología del individuo*. Buenos Aires, Paidós, 3ª ed., 1961.*Estudios sobre la inferioridad de los órganos*. Buenos Aires, Paidós, 1966.

ALEXANDER, F.

"Aspectos psicológicos de la medicina". *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, Vol. I, 1943-44."Factores emocionales en la hipertensión esencial. Presentación de una hipótesis seductora". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45."Un comentario sobre Falstaff". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VI, 1948-49.*Tratamiento de las enfermedades mentales*. Buenos Aires, Ed. Médico-Quirúrgica, 1953.*Psicoanálisis y psicoterapia*. Buenos Aires, Psique, 1960.*El delincuente y sus jueces desde el punto de vista psicoanalítico*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1961.— BRILL, A. A. y otros: *Neurosis, sexualidad y psicoanálisis de hoy*. Buenos Aires, Paidós, 2ª ed., 1963.— y FRENCH, T.: *Terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires, Paidós, 1965.— y HEALY, W.: "Un favorito de las mujeres (Estudio psicoanalítico de un delincuente)". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.— y ROSS, H.: *Psiquiatría Dinámica*. Buenos Aires, Paidós, 2ª ed., 1962.

ALLEN, F.

Psicoterapia infantil. Rosario, Editorial Rosario, 1945.

ALLENDY, R.

"Un caso de eczema". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.

ALLERS, R.

El psicoanálisis de Freud. Buenos Aires, Troquel, 1958.

ALVAREZ DE TOLEDO, L. G.

"Un caso de neurosis de examen". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47."Los mecanismos del dormir y del despertar". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951."Contribución al conocimiento del significado simbólico del círculo". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951."El análisis del 'asociar', del 'interpretar' y de 'las palabras'". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.

AMICI DI SAN LEO, GINO

"Reacciones transferenciales ante los honorarios. Aspecto parcial de una neurosis obsesiva". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.

ANZIEU, D.

El psieodrama analítico en el niño. Buenos Aires, Paidós, 1961.

BACH, G. R.

Psicoterapia intensiva de grupo. Buenos Aires, Hormé, 1958.

BAER BAHIA, A.

"El contenido y la defensa en la creación artística". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IX, 1952.

BAKER, HARRY J.

Introducción a los niños excepcionales. Buenos Aires, Kapelus, 1955.

BALINT, A.

La vida íntima del niño. Buenos Aires, Ed. Orientación Integral Humana, 1939.

BALSER, H.

Psicoterapia del adolescente. Buenos Aires, Hormé, 1960.

BARAN, PAUL

Marxismo y Psicoanálisis. J. Alvarez, 1963.

BARANGER, W.

"El personaje de Edipo en la obra de Sófocles". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48."Depresión, introyección y creación literaria en Marcel Proust". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IX, 1952."Tentativa de aproximación al psicoanálisis de las ideologías filosóficas". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954."Notas acerca del concepto de fantasía inconsciente". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956."Interpretación e ideología". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.

BARTOLINI, J. P.

"Incorporación visual e incorporación anal". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956."Sucesivos desplazamientos de la incorporación preoral". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.

BASTIDE, R.

Sociología y psicoanálisis. Buenos Aires, Fabril, 1961.

BAUDOUIN, CH.

El alma infantil y el psicoanálisis. Madrid, Beltrán, 1934.*Psicoanálisis del arte*. Buenos Aires, Psique, 1955.*Introducción al análisis de los sueños*. Buenos Aires, Psique, 1956.

BEGUIN

El alma romántica y el sueño. México, Fondo de Cultura Económica, 1ª ed., 1954.

BELL, J. E.

Técnicas proyectivas. Buenos Aires, Paidós, 1964.

BENEDEK, T.

— y RUBENSTEIN, B. B.: "El ciclo gonadal y el ciclo emocional". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.

BERGLER, E.

"El jugador: un neurótico mal comprendido". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.

"Suposiciones sobre el 'mecanismo de críminosis'". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.

"La respectiva importancia de la realidad y de la fantasía en la génesis de la homosexualidad femenina". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.

Psicoanálisis del escritor. Buenos Aires, Psique, 1954.

La neurosis básica. Buenos Aires, Hormé, 1959.

BERNFELD, S.

"Un fragmento autobiográfico desconocido escrito por Freud". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951.

— y BERNFELD, S. C.: "La temprana infancia de Freud". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951.

BION, W. R.

Experiencias en grupos. Buenos Aires, Paidós, 1963.

BLAISE, E.

"Inhibición de la expresión proyectiva de la agresión. Regresión. Obesidad. Análisis de la fantasía hástica". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

— y RASCOVSKY, A.: "Las vicisitudes de la expresión de la agresividad". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1956.

BLEGER, J.

Teoría y práctica del narcoanálisis. Buenos Aires, El Ateneo, 1952.

Psicoanálisis y dialéctica materialista. Buenos Aires, Paidós, 2ª ed., 1963.

Psicología de la conducta. Buenos Aires, Eudeba, 1963.

— y PICHON RIVIERE, E.: "Sobre los instintos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

BLEULER, E.

Demencia precoz. Buenos Aires, Hormé, 1960.

BONAPARTE, M.

"Identificación de una hija con su madre muerta". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.

"El caso de Madame Lefebre". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

"El escarabajo de oro, de Edgar Poe". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

Lo sexualidad de lo mujer. Buenos Aires, Hormé, 1961.

BOOS, M.

Psicoanálisis y analítica existencial. España, Científico Médica, 1958.

BORNSTEIN, STEFF

"Interpretación psicoanalítica de la leyenda 'La Bella del Bosque Durmiente'". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.

"Psicoanálisis de un niño". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.

BOVET, P.

El psicoanálisis y la educación. Madrid, 1922.

BRENNER, CH.

Elementos fundamentales de psicoanálisis. Buenos Aires, Libros Básicos, 1958.

BREUER, J.

— y FREUD, S.: "Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

BRIERLAY, M.

"Determinantes específicos en el desarrollo femenino". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IX, 1952.

BRILL, A. A.

"La época freudiana". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.

"Una lección psicoanalítica". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.

"El sentido del olfato en las neurosis y psicosis". Buenos Aires, *Revista de psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

Contribución de Freud a la psiquiatría. Buenos Aires, Losada, 1950.

BROWN, J. A. C.

Freud y los postfreudianos. Buenos Aires, Compañía Fabril Financiera, 1963.

BUGARD, P.

"La interpretación psicoanalítica del mito de Orfeo y su aplicación al simbolismo musical". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.

BUMKE, O.

Nuevo tratado de enfermedades mentales. Barcelona, 1946.

BUNKER, H. A.

"El matriecidio en el mito y en la leyenda". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V., 1947-48.

CAMERON, H. CH.

El niño nervioso. Buenos Aires, El Ateneo, 1953.

CAMPBELL, J.

El héroe de las mil caras (Psicoanálisis del mito). México, Fondo de Cultura Económica, 1959.

CAMPO, ALBERTO J.

"La interpretación y la acción en el análisis de los niños". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.

CAMPO, VERA

"La interpretación de la entrevista con los padres en el análisis de niños". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.

"La introducción del elemento traumático". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.

CARCAMO, CELES E.

"La serpiente emplumada" (Psicoanálisis de la religión maya-azteca y del sacrificio humano). Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.

"Imagen del mundo en la América aborígen". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.

"Impotencia y neurosis actuales". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.

"Contribución psicoanalítica al conocimiento de la jaqueca". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.

— y LANGER, M.: "Psicoanálisis de la esterilidad femenina". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.

CARLISKY, M.

De Hamlet a Fausto. Buenos Aires, Ayacucho, 1947.

Edipo y los enigmas de la esfinge. Buenos Aires, Nova, 1952.

CARUSO, IGOR A.

Análisis psíquico y síntesis existencial. Buenos Aires, Herder, 2ª ed., 1958.

CARVALHO NETO, P.

Folklore y psicoanálisis. Buenos Aires, Psique, 1956.

CESIO, F. R.

"Estudio psicoanalítico de un caso de depresión hipocondríaca a través de su tratamiento por electroshocks y psicoterapia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IX, 1952.

"Psicoanálisis de una melancolía con ataques histericoepilépticos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IX, 1952.

"Psicoanálisis de la cefalea en tres pacientes". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.

"Un caso de úlcera duodenal". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.

"El individuo y la sociedad". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

"Un caso de 'reacción terapéutica negativa'". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

"Psicoanálisis del hábito de fumar". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.

"El carácter de Sigmund Freud". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.

"La reacción terapéutica negativa". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.

CONTRERAS, OSCAR

"Análisis del caso de un psicótico con cefaleas y alteraciones cenestésicas de la cabeza". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.

CORIAT, ISADOR H.

"Comentario sobre el simbolismo del mito de la Medusa". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.

CHAIO, JOSE

"Algunos aspectos de la actuación de las interpretaciones en el desarrollo del 'insight' y en la reestructuración mental del niño". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.

CHOISY, MARYSE

Psicoanálisis de la prostitución. Buenos Aires, Hormé, 1964.

DALBIEZ, R.

El método psicoanalítico y la doctrina freudiana. Buenos Aires, Ed. Desclée, tomos I y II, 1948.

DAVIDSON, A.

— y LINDSAY, S. y RODRIGUE, E.: "Reacciones de tres pacientes ante una situación de cambio". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. X, 1953.

DESPERT, J. L.

Hijos del divorcio. Buenos Aires, Hormé, 1962.

DEUTSCH, H.

"Melancolía y estados depresivos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.

Psicología de la Mujer. Buenos Aires, Losada, 1947.

"Don Quijote y el quijotismo". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

"La elección del órgano en las organoneurosis". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VII, 1949-50.

DIEL, P.

Psicoanálisis de la divinidad. México, Fondo de Cultura Económica, 1959.

DIETHELM, O.

Tratamiento en psiquiatría. Buenos Aires, Paidós, 1961.

DUNBAR, F.

Mente y cuerpo. Buenos Aires, Esquirol, 1957.

— y otros: *Medicina psicósomática y psicoanálisis de hoy*. Buenos Aires, Paidós, 1965.

DUPRAT

Hipnotismo. Buenos Aires, Crespillo, 4ª ed., 1960.

EIDELBERG, L.

"Psicoanálisis de un caso de paranoia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

ERIKSON, E. H.

Infancia y sociedad. Buenos Aires, Hormé, 1959.

EVELSON, ELENA

"Una experiencia analítica. Análisis simultáneo de los hermanos mellizos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.

FAIRBAIRN, W. R. D.

"Revisión de la psicopatología de las psicosis y psiconeurosis". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.

"La represión y el retorno de los objetos malos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

"Las estructuras endopsíquicas consideradas en términos de relaciones de objeto". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

Estudio psicoanalítico de la personalidad. Buenos Aires, Hormé, 1962.

FEDERN, P.

— y MENG, H.: *El psicoanálisis y la vida moderna*. Barcelona, Mirale, 1934.

FENICHEL, OTTO

"Psicopatología de la tos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.

"Observaciones sobre un caso de análisis del carácter". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.

Problemas de técnica psicoanalítica, México, Pax, 1960.

FERENCZI, SANDOR

"La ontogenia del interés por el dinero". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.

"Perfeccionamientos de la 'técnica activa' en el psicoanálisis". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.

"La representación simbólica de los principios del placer y de la realidad en el mito de Edipo". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

"Estadios en el desarrollo del sentido de la realidad". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

"Introyección y transferencia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VI, 1948-49.

Sexo y psicoanálisis. Buenos Aires, Hormé, 1959.

Contribuciones al psicoanálisis. Buenos Aires, Paidós, 1966.

Problemas y métodos del psicoanálisis. Buenos Aires, Paidós, 1966.

FERRARI HARDOY, G.

"Estudio psicósomático de la coriza". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.

"Aportaciones a la psicodinámica de la tartamudez". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.

FIGUERAS, A.

— y FONTANA, A.: "Estudio comparativo de un caso de cefalea jaquecosa y otro con cefaleas ocasionales". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.

FLETCHER, R.

El instinto en el hombre. Buenos Aires, Paidós, 1962.

FLÜGEL, J. C.

Psicoanálisis de la familia. Buenos Aires, Paidós, 2ª ed., 1961.

FODOR, NANDOR

"El renacimiento del héroe". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.

FONTANA, A.

"Fragmentos del análisis de un paciente esquizofrénico". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.

"Colitis ulcerosa (presentación de un caso)". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.

FORDHAM, F.

Introducción a la psicología de Jung. Alameda, 1955.

FRANKL, V. E.

Psicoanálisis y existencialismo. México, Fondo de Cultura Económica, 2ª ed., 1952.

FREEMAN, L.

La lucha contra el miedo. Buenos Aires, Rueda, 1960.

La historia del psicoanálisis. México, Editorial Diana, 1963.

FREEMAN SHARPE, E.

El análisis de los sueños. Buenos Aires, Hormé, 1961.

FRENCH, THOMAS, M.

"Conflicto social y conflicto psíquico". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.

"Fisiología de la conducta y elección de neurosis". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.

"El análisis del yo como guía para la terapéutica". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VII, 1949-50.

— y KASININ, J.: "Un estudio psicodinámico de la recuperación de dos casos de esquizofrenia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.

FREUD, ANNA

"Relación entre fantasías de flagelación y sueño diurno". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.

"La agresión en relación con el desarrollo emocional normal y patológico". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VII, 1949-50.

Psicología del niño. Buenos Aires, Imán, 2ª ed., 1951.

Psicoanálisis del niño. Buenos Aires, Hormé, 1965.

Introducción al psicoanálisis para educadores. Buenos Aires, Paidós, 5ª ed., 1966.

El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires, Paidós, 3ª ed., 1961; 4ª ed., 1965.

FREUD, Sigmund

Psicopatología de la vida cotidiana. Obras Completas. Madrid, Biblioteca Nueva, 1923, Tomo I.

Sobre los mecanismos psíquicos del olvido (incluido en *Psicopatología de la vida cotidiana*). Idem, T. I, Idem.

Una teoría sexual. Idem, Tomo II, Idem.

Los sueños. Idem, T. II, Idem.

Cinco conferencias sobre psicoanálisis. Idem, T. II, Idem.

- Más allá del principio del placer.* Idem, T. II, Idem.
El delirio y los sueños en la "Gradiva" de W. Jensen. Idem, T. III, Idem.
El chiste y su relación con el inconsciente. Obras Completas, Buenos Aires, Rueda, T. III, 1952.
El yo y el ello. Obras Completas. Madrid, Biblioteca Nueva, 1923, Tomo IV.
Introducción al psicoanálisis. Idem, T. IV y V, Idem.
La interpretación de los sueños. Obras Completas, Buenos Aires, Rueda, T. VI y VII, 1953.
Totem y Tabú. Un recuerdo infantil de L. da Vinci. Obras Completas. Buenos Aires, Rueda, T. VIII, 1953.
Psic. de las masas y análisis del yo. Obras Completas. Buenos Aires, Rueda, T. IX, 1953.
Algunas observaciones sobre el concepto de lo inconsciente en el psicoanálisis. Idem, T. IX, Idem.
La aflicción y la melancolía. Idem, T. IX, Idem.
Los instintos y sus destinos. Idem, T. IX, Idem.
"Ensayo autobiográfico". Idem, T. IX, Idem.
Adición metapsicológica a la teoría de los sueños. Idem, T. IX, Idem.
La represión. Idem, T. IX, Idem.
Lo inconsciente. Idem, T. IX, Idem.
La histeria. Charcot. Un caso de curación hipnótica. Buenos Aires, Rueda, T. X, 1953.
Un caso de curación hipnótica. Obras Completas, T. X., Madrid, Biblioteca Nueva, 1923, Buenos Aires, Rueda, 1943.
Historiales clínicos. Idem, T. X, Idem.
Psicoterapia de la histeria. Idem, T. X, Idem.
Sobre la justificación de separar de la neurastenia un cierto complejo de síntomas a título de "neurosis de angustia". Idem, T. XI, Idem.
Obsesiones y fobias. Idem, T. XI, Idem.
Crítica de la neurosis de angustia. Idem, T. XI, Idem.
Nuevas observaciones sobre las neurosis de defensa. Idem, T. XI, Idem.
La herencia y la etiología de los neurosis. Idem, T. XI, Idem.
Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas, Buenos Aires, Rueda, T. XI, 1953.
Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. Idem, T. XI, Idem.
Las neuropsicosis de defensa. Idem, T. XI, Idem.
Historia del movimiento psicoanalítico. Idem, T. XII, Idem.
Los recuerdos encubridores. Idem, T. XII, Idem.
La sexualidad en la etiología de las neurosis. Idem, T. XII, Idem.
Etiología de la histeria. Idem, T. XII, Idem.
El análisis profano. Obras Completas. Buenos Aires, Rueda, T. XII, 1953.
El múltiple interés del psicoanálisis. Idem, T. XII, Idem.
Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicógenas de la visión. Idem, T. XIII, Idem.
La organización genital infantil. Idem, T. XIII, Idem.
Dos mentiras infantiles. Idem, T. XIII, Idem.
Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. Idem, T. XIII, Idem.
Asociación de ideas de una niña de cuatro años. Idem, T. XIII, Idem.
Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad. Idem, T. XIII, Idem.
La moral sexual "cultural" y la nerviosidad moderna. Idem, T. XIII, Idem.
Teorías sexuales infantiles. Idem, T. XIII, Idem.
Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad. Idem, T. XIII, Idem.
El carácter y el erotismo anal. Idem, T. XIII, Idem.
El tabú de la virginidad. Idem, T. XIII, Idem.
El problema económico del masoquismo. Idem, T. XIII, Idem.
Sobre los tipos de adquisición de las neurosis. Idem, T. XIII, Idem.
Aportaciones a la psicología de la vida erótica. Idem, T. XIII, Idem.
Generalidades sobre el ataque histérico. Idem, T. XIII, Idem.
Psicología de la vida erótica. Obras Completas. Buenos Aires, Rueda, T. XIII, 1953.

- La disposición a la neurosis obsesiva.* Idem, T. XIII, Idem.
Sobre las trasmutaciones de los instintos y especialmente del erotismo anal. Idem, T. XIII, Idem.
Una relación entre un símbolo y un síntoma. Idem, T. XIII, Idem.
Pegan a un niño. Idem, T. XIII, Idem.
Los dos principios del suceder psíquico. Idem, T. XIV, Idem.
El porvenir de la terapia psicoanalítica. Idem, T. XIV, Idem.
El psicoanálisis "silvestre". Idem, T. XIV, Idem.
El porvenir de las religiones. Obras Completas. Buenos Aires, Rueda, T. XIV, 19.
El porvenir de una ilusión. Idem, T. XIV, Idem.
Una experiencia religiosa. Idem, T. XIV, Idem.
La iniciación del tratamiento. Idem, T. XIV, Idem.
Introducción al narcisismo. Idem, T. XIV, Idem.
El método psicoanalítico de Freud. Idem, T. XIV, Idem.
Sobre psicoterapia. Idem, T. XIV, Idem.
Neurosis y psicosis. Idem, T. XIV, Idem.
El final del complejo de Edipo. Idem, T. XIV, Idem.
La "jause reconnaissance" ("dèjà racontée") durante el análisis. Idem, T. XIV, Idem.
Observaciones sobre el amor de transferencia. Idem, T. XIV, Idem.
Los caminos de la terapia psicoanalítica. Idem, T. XIV, Idem.
El "block" maravilloso. Idem, T. XIV, Idem.
La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis. Idem, T. XIV, Idem.
El empleo de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis. Idem, T. XIV, Idem.
La dinámica de la transferencia. Idem, T. XIV, Idem.
Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico. Idem, T. XIV, Idem.
Recuerdos, repetición y elaboración. Idem, T. XIV, Idem.
Para la historia de la técnica psicoanalítica. Idem, T. XV, Idem.
Análisis de la jabia de un niño de cinco años. Idem, T. XV, Idem.
Historias clínicas del psicoanálisis. Análisis fragmentario de una histeria. Obras Completas, Buenos Aires, Rueda, 1953, Tomo XV.
Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoidea), autobiográficamente descrito. Idem, T. XVI, Idem.
Historia de una neurosis infantil. Idem, T. XVI, Idem.
Historias clínicas del psicoanálisis. Un caso de neurosis obsesiva. Obras Completas, Buenos Aires, Rueda, 1954, Tomo XVI.
Nuevas aportaciones al psicoanálisis. Obras Completas. Buenos Aires, Rueda, T. XVII, 19.
El psicoanálisis y la teoría de la libido. Idem, T. XVII, Idem.
Esquema del psicoanálisis. Idem, T. XVII, Idem.
Símil mitológico de una representación obsesiva plástica. Idem, T. XVIII, Idem.
El porqué de la guerra. Idem, T. XVIII, Idem.
Sobre el sentido contradictorio de las voces primitivas. Idem, T. XVIII, Idem.
Los actos obsesivos y los ritos religiosos. Idem, T. XVIII, Idem.
La ilustración sexual del niño. Idem, T. XVIII, Idem.
Una neurosis demoníaca del siglo XVII. Idem, T. XVIII, Idem.
El tema de los tres cofres. Idem, T. XVIII, Idem.
Psicoanálisis aplicado. Obras Completas. Buenos Aires, Rueda, T. XVIII, 19.
Lo siniestro. Idem, T. XVIII, Idem.
Apéndice al estudio sobre "el Moisés de Miguel Ángel". Idem, T. XVIII, Idem.
La creación poética y la fantasía. Idem, T. XVIII, Idem.
Una dificultad del psicoanálisis. Idem, T. XVIII, Idem.
Un recuerdo de infancia en "Poesía y Verdad" de Goethe. Idem, T. XVIII, Idem.
Sobre la guerra y la muerte. Idem, T. XVIII, Idem.
Algunos tipos caracterológicos revelados por el psicoanálisis. Idem, T. XVIII, Idem.
Comunicación de un caso de paranoia contrario a la teoría psicoanalítica. Idem, T. XVIII, Idem.
La significación ocultista del sueño. Idem, T. XIX, Idem.
Los límites de la interpretación de los sueños. Idem, T. XIX, Idem.

- Las resistencias contra el psicoanálisis*. Idem, T. XIX, Idem.
La responsabilidad moral por el contenido de los sueños. Idem, T. XIX, Idem.
Mensaje para la inauguración de la Universidad Hebrea. Idem, T. XIX, Idem.
Carta sobre la posición frente al judaísmo. Idem, T. XIX, Idem.
Sueño y telepatía. Idem, T. XIX, Idem.
Experiencias y ejemplos de la práctica analítica. Idem, T. XIX, Idem.
Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación onírica. Idem, T. XIX, Idem.
De cómo se obtuvo el juego. Idem, T. XIX, Idem.
La importancia de la asociación de las vocales. Idem, Tomo XIX, Idem.
Sobre la psicología del colegial. Idem, T. XIX, Idem.
Un sueño como testimonio. Idem, T. XIX, Idem.
El malestar en la cultura. Obras Completas. Buenos Aires, Rueda, Tomo XIX, 19.
Lo perecedero. Idem, T. XIX, Idem.
Moisés y el monoteísmo-Dostoievsky y el parricidio. Miscelánea. Buenos Aires, Rueda, T. XX, 19.
Esquema del psicoanálisis y otras obras inéditas. Obras Completas. Buenos Aires, Rueda, T. XXI, 19. T. XXI, 19. Otra edición: Paidós, 1966.
Sobre el origen del psicoanálisis. Cartas, prólogos, notas conmemorativas. Obras Completas. Buenos Aires, Rueda, T. XXII, 1956.
Epistolario 1873-1939. Madrid, Biblioteca Nueva, 1963.
"Análisis interminable y terminable". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.
"Esquema del Psicoanálisis". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951.
"Algunas lecciones elementales sobre psicoanálisis". Idem.
"Conclusiones, ideas, problemas". Idem.
"La escisión del yo en el mecanismo de defensa". Idem.
"Construcciones en el análisis". Idem.
"El humor". Idem.
"La novela familiar del neurótico". Idem.
"Fetichismo". Idem.
"Personajes psicopáticos en el teatro". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.
"Cartas sobre el bachillerato". Idem.
"Cartas a Charles Berg sobre su libro 'War in the Mind'". Idem.
"Sobre la enseñanza del psicoanálisis en la Universidad". Idem.
"Los orgánica del psicoanálisis". Idem.
"Cuatro cartas a Wilhelm Fliess". Idem.
"Informe sobre mis estudios en París y Berlín (1886)". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
"Informe sobre la electroterapia de los neuróticos de guerra (1920)". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
— y BREUER: *El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos*. Obras Completas, T. X, Madrid, Biblioteca Nueva, 1923, Buenos Aires, Rueda, 1943.

FRIEDLANDER, K.

Psicoanálisis de la delincuencia juvenil. Buenos Aires, Paidós, 3ª ed., 1961.

FROMM, E.

- Psicoanálisis y religión*. Buenos Aires, Psique, 1956.
Ética y psicoanálisis. México, Fondo de Cultura Económica, 3ª ed., 1957.
Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. México, Fondo de Cultura Económica, 2ª ed., 1958.
La misión de Sigmund Freud. México, Fondo de Cultura Económica, 1960.
El lenguaje olvidado. Buenos Aires, Hachette, 1961.
El arte de amar. Buenos Aires, Paidós, 8ª ed., 1963.

FROMM-REICHMANN, F.

- "Problemas de transferencia en los esquizofrénicos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.
 "Problemas básicos en la psicoterapia de la esquizofrenia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.
Principios de psicoterapia intensiva. Buenos Aires, Hormé, 1965.
La psicoterapia y el psicoanálisis. Buenos Aires, Hormé, 1961.
Psicoterapia en la psicosis. Buenos Aires, Hormé, 1962.

GARBARINO, H.

- y BARANGER, W.: "Reactivación de fantasías inconscientes por un hecho traumático real". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

GARBARINO, MERCEDES F. DE

- "Dramatización de un ataque epiléptico". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.

GARCIA REINOSO, D.

- "Reacción de una interpretación incompleta en el análisis de un niño psicótico". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. X, 1953.
 "Notas sobre la obesidad a través del estudio de Falstaff". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
 "Sobre el esquema corporal". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
 "Cuerpo y Mente". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
 "La interpretación en pacientes con trastornos de conversión". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.

GARCIA VEGA, H.

- "Algunos aspectos del análisis de una psicosis paranoide". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
 "Mecanismos esquizoides en conductas neuróticas". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
 "Conflictos emocionales y regresión oral digestiva en una obesidad neurótica". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

GARMA, ANGEL

- "El método psicoanalítico de interpretación de los sueños (Introducción a la psicología onírica)". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.
 "Paranoia y homosexualidad". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.
 "La génesis del juicio de realidad (Una teoría general de la alucinación)". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.
 "La realidad exterior y los instintos en la esquizofrenia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.
 "Psicogénesis de la úlcera péptica". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.
 "Investigaciones psicoanalíticas en la melancolía y estados afines". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.
 "Conflictos genitales en los sueños". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.
 "Vicisitudes de los símbolos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.
 "Morfología y fisiología genital en sueños". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.
 "El origen de los vestidos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VII, 1949-50.

- "La génesis afectiva de la úlcera gastroduodenal". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951.
- Sadismo y masoquismo en la conducta humana*. Buenos Aires, Nova, 3ª ed., 1952.
- "Algunos significados de la ornamentación y la génesis del arte plástico". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. X, 1953.
- "Un congreso sobre cefaleas". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.
- "Factores inconscientes de las jaquecas de una enferma". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.
- "Episodios de cefaleas en tratamientos psicoanalíticos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.
- "Interpretaciones erróneas de hostilidad reprimida en cefaleas". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.
- Génesis psicósomática y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales*. Buenos Aires, Nova, 1954.
- "El significado inconsciente de diversas ornamentaciones curvas". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.
- "La serpiente alada o emplumada, la guarda escalonada y el meandro". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.
- "Vicisitudes de la pantalla del sueño y del fenómeno de Isakower". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.
- "Obesidad y dos tipos de alimentación". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
- "Ernest Jones: Los años de madurez de Freud". Buenos Aires, *Rev. de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
- "Los sueños son alucinaciones de situaciones traumáticas enmascaradas". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
- "Interpretaciones en sueños del psiquismo prenatal". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.
- El dolor de cabeza*. Buenos Aires, Nova, 1958.
- Psicoanálisis del arte ornamental*. Buenos Aires, Paidós, 1961.
- El psicoanálisis. Teoría, clínica y técnica*. Buenos Aires, Paidós, 1962.
- Psicoanálisis de los sueños*. Buenos Aires, Paidós, 1963.
- y RASCOVSKY, Luis: *Psicoanálisis de la melancolía* (Compilación de). Buenos Aires, Asociación Psicoanalítica Argentina, 1948.

GARMA, ELIZABETH

- "La masturbación prohibida y el desarrollo psicológico". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. X, 1953.
- "La interpretación en el psicoanálisis del niño". En Garma, A.: *El Psicoanálisis. Teoría, clínica y técnica*. Buenos Aires, Paidós 1962.

CAVRILOV, K.

- El psicoanálisis a la luz de la reflexología*. Buenos Aires, Paidós, 1953.

GERÖ, G.

- "La construcción de la depresión". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.
- "El concepto de defensa". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IX, 1952.

GESELL, A.

- El niño en la cultura contemporánea*. Buenos Aires, Nova, 1956.
- Diagnóstico del desarrollo*. Buenos Aires, Paidós, 5ª ed., 1966.
- e ILG, F.: *El niño de 1 a 5 años*. Buenos Aires, Paidós, 6ª ed., 1966.

- e ILG, F.: *El niño de 5 a 10 años*. Buenos Aires, Paidós, 4ª ed., 1963.
- e ILG, F.: *El adolescente de 10 a 16 años*. Buenos Aires, Paidós, 3ª ed., 1963.

GILL, M. M.

- y RAPAPORT, D.: *Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica*. México, Pax, 1962.

GINDES, B. C.

- Nuevos conceptos sobre el hipnotismo*. Buenos Aires, Psique, 1959.

GIOIA, GINA

- "Reacción de un paciente ante la internación". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. X, 1953.

GLOVER, E.

- "Conceptos mentales básicos: sus valores clínicos y teóricos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.
- Freud o Jung*. Buenos Aires, Nova, 1959.

GOITEIN, LIONEL P.

- "Incorporación y sublimación (Significado cultural de los restos de la fase oral en el carácter)". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.

GOLDSTEIN, K.

- Trastornos del lenguaje*. Barcelona, Científico Médica, 1950.
- La naturaleza humana a la luz de la psicopatología*. Buenos Aires, Paidós, 1961.

GONZALEZ, AVELINO

- "Psicodinamismos de un síndrome jaquecoso". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.
- "Aportación clínica al estudio psicoanalítico de la música". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.
- "Relaciones de objeto y oscilaciones en el ciclo depresión-hipomanía". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.

GONZALEZ CH., JOSE L.

- "Recuerdo encubridor, síntoma y transferencia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. X, 1953.
- "Asma, abandono y trauma del nacimiento". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. X, 1953.
- "Jaquecas y perturbaciones en la sublimación". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.
- "Un ceremonial al corte de las uñas". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.
- "Psicosis paranoide transferencial". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.
- "Fantasías de retorno al seno materno e instintos de muerte". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.

GOODE, E.

- "Aspectos de la interpretación en el psicoanálisis de niños". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VII, 1919-50.

"Un cuento en el análisis de una niña". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VII, 1949,50.

GÖRRES, A.

Métodos y experiencias del psicoanálisis. Buenos Aires, Herder, 1963.

GRABER, G. H.

"Escena primaria, juego y destino". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.
Psicología del hombre. Buenos Aires, Aguilar, 1962.

GREENACRE, P.

Perturbaciones de la afectividad. Buenos Aires, Hormé, 1959.
Trauma, desarrollo y personalidad. Buenos Aires, Hormé, 1960.
Estudios psicoanalíticos sobre la actividad creadora. México, Pax, 1960.

GRINBERG, L.

"La situación traumática como etiología común del sueño y del síntoma agudo". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951.
"Psicoanálisis de una melancolía ansiosa". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IX, 1952.
"Aspectos psicoanalíticos de una cefalea jaquecosa". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.
"Consideraciones sobre un caso de jaqueca". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.
"Sobre la despersonalización en el curso de la neurosis transferencial". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.
"Sobre algunos mecanismos esquizoides en relación con el juego de ajedrez". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.
"La negación en el comer compulsivo y en la obesidad". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
"Sobre algunos problemas de técnica psicoanalítica determinados por la identificación y contraidentificación proyectivas". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
"Si yo fuera usted. Contribución al estudio de la identificación proyectiva". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.
"Perturbaciones en la interpretación por la contraidentificación proyectiva". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.
"Revisión de los conceptos sobre Magia y Omnipotencia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.
"Aspectos mágicos en la transferencia y en la contratransferencia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.
— LANGER, M. y RODRIGUE, E.: *Psicoterapia del grupo*. Buenos Aires, Paidós, 2ª ed., 1961.
— LANGER, M. y RODRIGUE, E.: *El grupo psicológico*. Buenos Aires, Nova, 1960.
Culpa y Depresión. Buenos Aires, Paidós, 1964.

GRINBERG, R. V. de

"Evolución de la fantasía de enfermedad, a través de la construcción de casas". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.
"El duelo en los niños". En: Grinberg, L.: *Culpa y depresión*. Buenos Aires, Paidós, 1964.

GROSSOUW, W.

— y otros: *Estudios sobre la angustia*. Buenos Aires, Rialp, 1962.

GUEX, G.

La neurosis del abandono. Buenos Aires, Eudeba, 19.

GUIMARAES DAHLHEIM, L.

"Asma y complejo de castración en la mujer". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

HALL, C.

Compendio de psicología freudiana. Buenos Aires, Paidós, 1964.

HARPER, R. A.

Psicoanálisis y Psicoterapia. Buenos Aires, Herrero Hnos., 1960.

HARTMANN, H.

La psicología del yo y el problema de la adaptación. México, Pax, 1961.
— KRIS, E., y LOEWENSTEIN, R. M.: "Notas sobre la teoría de la agresión". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951.
— KRIS, E. y LOEWENSTEIN, R. M.: "Comentarios sobre la formación de la estructura psíquica". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951.

HEIMANN, PAULA

"Una contribución al problema de la sublimación y sus relaciones con los procesos de internalización". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951.
— Klein, Melanie, Isaacs, Susan y Rivière, Joan: *Desarrollos en psicoanálisis*. Buenos Aires, Hormé, 1962.

HENDRICK, I.

Hechos y teorías de psicoanálisis. Buenos Aires, Sudamericana, 1950.

HESPRO, H.

El significado de los sueños. Buenos Aires, Editorial Central, 1957.

HILGARD, E. R.

— y otros: *El psicoanálisis como ciencia*. México, Universidad Autónoma, 1960.

HILL, L.

Psicoterapia en la esquizofrenia. Buenos Aires, Paidós, 1956.
"La hostilidad como defensa". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.

HINSIE, L. E.

El hombre como persona. Introducción a la medicina psicosomática. Madrid, 1947.
Conceptos y problemas de psicoterapia.

HITSCHMANN, E.

"Freud en vida y muerte". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, N° 1, 1944.

HOLLITSCHER, W.

Introducción al psicoanálisis. Buenos Aires, Paidós, 4ª ed., 1966.

HOMBURGER, E.

"Configuraciones en el juego". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VI, 1948-49.

HORNEY, K.

El nuevo psicoanálisis. México, Fondo de Cultura Económica, 1957.

El autoanálisis. Buenos Aires, Psique, 1957.

Nuestras conflictos interiores. Buenos Aires, Psique, 2ª ed., 1959.

La personalidad neurótica de nuestro tiempo. Buenos Aires, Paidós, 7ª ed., 1965.

ISAACS, S.

Años de infancia. Buenos Aires, Hormé, 1965.

"Un caso de ansiedad psicótica aguda en un niño de cuatro años". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VI, 1948-49.

"Naturaleza y función de la fantasía". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VII, 1949-50.

— Klein, Melanie, Heimann, Paula y Rivière, Joan: *Desarrollos en Psicoanálisis*. Buenos Aires, Hormé, 1962.

IVANCICH, POLA

"Aspectos del significado del canto a través de una sesión psicoanalítica". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.

JACOBI, J.

La psicología de C. G. Jung. Buenos Aires, Espasa Calpe, 1963.

JARAST, ELIAS

"La receptividad incondicional prenatal transferida a la figura del analista". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.

— y RASCOVSKY, A.: "Vivencias prenatales en la transferencia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

JARAST, SARA G. DE

"El duelo en relación con el aprendizaje". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.

JASPERS, K.

Psicopatología general. Buenos Aires, Ed. Beta, 1955.

JELLIFFE, SMITH ELY

"Visiones fugaces de una odisea freudiana" (Alocución). Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.

JIMENEZ DE ASUA, L.

Psicoanálisis criminal. Buenos Aires, Losada, 1959.

JONES, E.

"Los celos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.

"Temor, culpa y odio". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

Vida y obra de Sigmund Freud. Buenos Aires, Nova, 1959.

— y otros: *Sociedad, cultura y psicoanálisis de hoy*. Buenos Aires, Paidós, 1964.

JUNG, C. G.

Lo inconsciente. Buenos Aires, Losada, 2ª ed., 1951.

Tipos psicológicos. Buenos Aires, Sur, 1936; 6ª ed., Sudamericana, 1954.

El secreto de la flor de oro. Buenos Aires, Paidós, 1961.

Realidad del alma. Buenos Aires, Losada, 3ª ed., 1957.

Psicología y alquimia. Buenos Aires, Rueda, 1957.

Conflictos del alma infantil. Buenos Aires, Paidós, 5ª ed., 1964.

Energética psíquica y esencia del sueño. Buenos Aires, Paidós, 2ª ed., 1960.

El yo y el inconsciente. España, Mirale.

Psicología y educación. Buenos Aires, Paidós, 4ª ed., 1965.

Psicología de la transferencia. Buenos Aires, Paidós, 2ª ed., 1961.

Psicología y religión. Buenos Aires, Paidós, 3ª ed., 1961.

Simbología del espíritu. México, Fondo de Cultura Económica, 1962.

Simbolos de transformación. Buenos Aires, Paidós, 1962.

Arquetipos e inconsciente colectivo. Buenos Aires, Paidós, 1966.

Formaciones de lo inconsciente. Buenos Aires, Paidós, 1966.

La interpretación de la naturaleza y la psique. Buenos Aires, Paidós, 1964.

KARDINER, A.

"Bioanálisis de la reacción epiléptica". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VII, 1949-50.

KASANIN, J. S.

Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia. Buenos Aires, Hormé, 1958.

KLEIN, M.

"Primeros estadios del conflicto de Edipo y de la formación del superyó". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.

"Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.

"El papel de la escuela en el desarrollo libidinoso del niño". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

Psicoanálisis del niño. Buenos Aires, Hormé, 1964.

"Notas sobre algunos mecanismos esquizoides". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VI, 1948-49.

"El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VII, 1949-50.

"El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas (1945)". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. X, 1953.

Relato del psicoanálisis de un niño. Buenos Aires, Paidós, 1961.

— y otros: *Psicología infantil y psicoanálisis de hoy*. Buenos Aires, Paidós, 2ª ed., 1963.

— y otros: *Desarrollos en psicoanálisis*. Buenos Aires, Hormé, 1962.

— y otros: *Nuevas direcciones en psicoanálisis*. Buenos Aires, Paidós, 1965.

— y RIVIERE, J.: *Las emociones básicas del hombre*. Buenos Aires, Nova, 1960.

KLEIN, V.

El carácter femenino. Buenos Aires, Paidós, 4ª ed., 1966.

KLINE, V. MILTON

Freud y la hipnosis. Buenos Aires, Psique, 1961.

KNIGHT, R. P.

Psiquiatría psicoanalítica. Buenos Aires, Hormé, 1960.
Teoría psicoanalítica. Buenos Aires, Hormé, 1961.

KOCH, ADELHEID

"Omnipotencia y sublimación". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

KOOLHASS, G.

— y BARANGER, W.: "Un sueño típico": el ascensor". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

KRAPP, E. E.

"Contribución al conocimiento de la historia de conversión, con especial consideración de la amenorrea histérica". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48."Georg Christoph Lichtenberg, psicoanalista clandestino del siglo XVIII". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VI, 1948-49."El judío de Shakespeare (Una contribución a la psicología del antisemitismo)". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951.*Psiquiatría*. Buenos Aires, Paidós, 1959.

KRETSCHMER, E.

Psicología médica. México, Leyenda, 1945; Barcelona, Labor, 1954.*Estudios psicoterapéuticos*. Barcelona, Científico-Médica, 2ª ed., 1954.

KRIS, E.

"Un escultor alienado (Las cabezas de carácter de Franz Xaver Messerschmidt)". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46."El desarrollo del yo y lo cómico". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951.*Psicoanálisis y arte*. Buenos Aires, Paidós, 1955.*Psicoanálisis del arte y del artista*. Buenos Aires, Paidós, 1964.*Psicoanálisis de lo cómico*. Buenos Aires, Paidós, 1964.

KUBIE, L. S.

"La fantasía de la suciedad". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48."La ontogenia de la ansiedad". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VI, 1948-49.
Psicoanálisis, aspectos prácticos y teóricos. Buenos Aires, Paidós, 1966.

KUCERA, Otakar

"Stéphane Mallarmé". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VII, 1949-1950.

LAGACHE, D.

El psicoanálisis. Buenos Aires, Paidós, 2ª ed., 1963.

LAMANA, I. L. de

"La ascunción de rol sexual de una melliza univitelina". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1956.

LANGER, M.

"Algunas aportaciones a la psicología de la menstruación". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45."Problemas psicológicos de la lactancia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46."Sobre un detalle insignificante: el fumar durante el análisis". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47."Antisemitismo, paranoia y el testamento del doctor Ley". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48."Psicoanálisis de una mujer homosexual". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48."Viaje al centro de la tierra (Julio Verne)". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VII, 1949-50."El mito del 'niño asado'". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VII, 1949-50.
Maternidad y sexo. Buenos Aires, Paidós, 1964."Una sesión psicoanalítica". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951."Dos sueños de analistas". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IX, 1952."Mecanismo de cefalea en tres psicoanalistas". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954."Isabel I, Reina de Inglaterra". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955."Freud y la sociología". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956."Barrabás o la persecución por un ideal". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956."La interpretación basada en la vivencia contratransferencial de conexión o desconexión con el analizado". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.*Fantasías eternas a la luz del psicoanálisis*. Buenos Aires, Nova, 1957.— y FERNANDEZ, T.: "Notas para el romance de doña Alda". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.— Grinberg, L. y Rodríguez, E.: *Psicoterapia del grupo*. Buenos Aires, Paidós, 2ª ed., 1961.— Grinberg, L. y Rodríguez, E.: *El grupo psicológico*. Buenos Aires, Nova, 1960.— y OCHANDORENA, R. P.: "El espasmo de las trompas como origen de esterilidad: sus causas, mecanismo y tratamiento". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. X, 1953.

LAUZUN, G.

Sigmund Freud y el psicoanálisis. Madrid, Ediciones Cid, 1962.

LEITE LOBO, FABIO

"Elementos para la evaluación del curso del tratamiento psicoanalítico". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

LEMMERTZ, JOSE L.

"Anotaciones a la psicogénesis de un caso de impotencia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48."Valor clínico de las interpretaciones en términos de identificaciones". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. X, 1953.

LEPP, I.

Psicoanálisis del amor. Buenos Aires, Carlos Lohlché, 1960.

LEWIN, B. D.

- "El ensuciarse con materia fecal, la menstruación y el superyó femenino". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.
- "La contratransferencia en la técnica de la práctica médica". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.
- "Análisis y estructura de una hipomanía transitoria". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.
- "El dormir, la boca y la pantalla del sueño". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.
- "Inferencias sobre la pantalla del sueño". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VI, 1948-49.
- "Claustrofobia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IX, 1952.
- Psicoanálisis de la exaltación*. Buenos Aires, Nova, 1953.

LIBERMAN, D.

- "Génesis de las elecciones de objeto en un homosexual". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951.
- "Fragmento del análisis de una psicosis paranoide". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IX, 1952.
- "Cefaleas a raíz del fracaso por superar una fijación". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.
- "Acreea de la percepción del tiempo". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.
- "Identificación proyectiva y conflicto matrimonial". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
- "Interpretación correlativa entre relato y repetición: su aplicación en una paciente con personalidad esquizoide". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.
- "Humorismo en la transferencia e instinto de muerte en un paciente obeso". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.
- "Los efectos del conflicto matrimonial en el desarrollo del niño, inferidos de la situación analítica". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.
- "Autismo transferencial. Narcisismo. el mito de Eco y Narciso". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.
- La comunicación en terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires, Eudeba, 1962.

LOOSLI USTERI, M.

- La ansiedad en la infancia*. Madrid, Morata, 1955.
- Los niños difíciles y su ambiente familiar*.

LOPEZ IBOR, J. J.

- La vida y la muerte del psicoanálisis*. Buenos Aires, Espasa Calpe Argentina, 1951.

LORAND, S.

- Estudios clínicos de psicoanálisis*. Buenos Aires, Nova, 1954.

MACK BRUNSWICK, RUTH

- "La fase preedípica del desarrollo de la libido". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.
- "Análisis de un caso de paranoia. Delirio de celos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.
- "Continuación de la historia de una neurosis infantil de Freud". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

MAHLER, M.

- BENDER, L. y otros: *Procesos en psiquiatría infantil*. Buenos Aires, Hormé, 1964.

MALINOWSKI, B.

- Estudios de psicología primitiva*. Buenos Aires, Paidós, 3ª ed., 1963.

MANDOLINI GUARDO, R. G.

- De Freud a Fromm*. Buenos Aires, Giordia, 1960.

MANRIQUE, MANUEL

- y KUBIE, L.: "El proceso psicodinámico del descubrimiento de la realidad". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

MARCONDES, DURVAL

- "Relaciones de objeto en la paranoia masculina y femenina". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.

MARITAIN, J.

- Freudismo y psicoanálisis*. Buenos Aires, Desclée, de Brower y Cía., 1947.

MARTINS, CYRO

- "Avidez y Repetición". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
- "Aspectos de la elaboración del Complejo de Edipo en un grupo terapéutico". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

MARTINS, MARIO

- "Contribución al estudio psicoanalítico de la epilepsia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.
- "Mecanismos de defensa en la epilepsia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.

MATUSSEK

- Fundamentos doctrinales de la psicoterapia*. España, Paz Montalvo, 2ª ed., 1953.

MARTY, P.

- y FAIN, M.: "Psicoanálisis y medicina psicosomática". En NACHT, S. y otros: *El psicoanálisis, hoy*, T. 2, Barcelona, Miracle, 1959.

MAYER-GROSS, W.

- SLATER, E. y ROTH, M.: *Psiquiatría Clínica*. Buenos Aires, Paidós, 1958.

MENDES, SUSANA

- y RASCOVSKY, A.: "La percepción interna como fenómeno visual". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

MENNINGER, K. A.

- "El trabajo como sublimación". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.
 "Influencias psicogénicas en la aparición del período menstrual". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VI, 1948-49.
El hombre contra sí mismo. Buenos Aires, Losada, 1952.
Teoría de la técnica psicoanalítica. México, Pax, 1960.
Teoría de la técnica psicoanalítica. México, Pax, 1960.

MENNINGER, W. C.

- "Expresiones caracterológicas y sintomáticas relacionadas con la fase anal del desarrollo psicosexual". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VI, 1948-49.

MESSEGUER, P.

- El secreto de los sueños*. Razón y Fe, 19.

MILECHNIN, A.

- La hipnosis*. Buenos Aires, Hachette, 1961.

MILLER, MILTON L.

- "Le Père Goriot, de Balzac". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.

MINKOWSKI, M.

- La esquizofrenia*. Buenos Aires, Paidós, 1960.

MIOTTO, A.

- Conozca el psicoanálisis*. España, Argos, 1953.

MIRA Y LOPEZ, E.

- Doctrinas psicoanalíticas*. Buenos Aires, Kapelusz, 1963.

MOM, JORGE

- "Algunas consideraciones sobre el concepto de distancia en la fobia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
 "Algunas consideraciones sobre la interpretación en las fobias". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.

MORENO, J. L.

- Las bases de la psicoterapia*. Buenos Aires, Hormé, 1966.

MORERA, MARIA ESTHER

- "Fantasías hetero y homosexuales subyacentes a un síntoma histérico". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.

MORGENSTERN, S.

- "El simbolismo y el valor psicoanalítico de los dibujos infantiles". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.
 "Un caso de mutismo psicógeno". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

MULAHY, P.

- Edipo: mito y complejo*. Buenos Aires, El Ateneo, 1953.

MURRAY, H. A.

- Test de apercepción temática*. Buenos Aires, Paidós, 4ª ed., 1964.

NACHT, S.

- "La terapéutica psicoanalítica". En NACHT, S. y otros: *El psicoanálisis, hoy*, T. 1, Barcelona, Miracle, 1959.
 — y otros: *El psicoanálisis, hoy*. Barcelona, Miracle, 1959.
 — y LEBOVICI, S.: "Indicaciones y contraindicaciones del psicoanálisis en el adulto". En NACHT, S. y otros: *El psicoanálisis, hoy*, T. 1, Barcelona, Miracle, 1959.

NEUMAN, E.

- Orígenes e historia de la conciencia*. Buenos Aires, Paidós, 1966.

NICOLAI, J.

- Análisis del psicoanálisis*. Buenos Aires, Editorial Beta, 1953.

NÖLLMANN, JORGE E.

- "Consideraciones psicoanalíticas acerca de un enfermo esquizofrénico con mecanismos hipocondríaco-paranoides". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. X, 1953.

NUNBERG, H.

- Teoría general de las neurosis basada en el psicoanálisis*. Barcelona, Pubul, 1950.
 "Interrelación psicológica entre médico y paciente". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951.
 "La circuncisión y los problemas de la bisexualidad". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IX, 1952.
 — "Interrelación psicológica entre médico y paciente". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951.

NUTTIN, J.

- Psicoanálisis y concepción espiritualista del hombre*. España, Biblioteca Nueva, 1956.

OBERNDORF, C. P.

- "Despersonalización en relación con la erotización del pensamiento". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VI, 1948-49.

ODIER, CH.

- El hombre esclavo de su inferioridad*. México, Fondo de Cultura Económica, 1962.

OLIVEIRA, W. I. de

- "Psicoanálisis de una fobia a la desfloración". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. X, 1953.
 "Acting-out" y la situación analítica". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.
El matricidio en la fantasía. Buenos Aires, Nova, 1957.

OPHUIJSEN VAN, J. H.

"Observaciones sobre el complejo de masculinidad en las mujeres". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VI, 1948-49.

PASTRANA BORRERO, H.

— y RASCOVSKY, A.: "Vivencias de nacimiento en la situación analítica". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.

PAVLOV, I.

El sueño y la hipnosis. Buenos Aires, Murguía, 1960.

PEARSON, G. H. J.

Trastornos emocionales de los niños. Buenos Aires, Beta, 1953.

El psicoanálisis y la educación del niño. Buenos Aires, Libros Básicos, 1959.

— English, O. S.: *Neurosis frecuentes en niños y adultos*. Buenos Aires, Asoc. Psicoanal. Arg., 1948.

PEREIRA ANAVITARTE, J.

"Significados del juego de ajedrez en un caso de autismo". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

PERESTRELLO, MARIALZIRA

"Consideraciones sobre un caso de esquizofrenia infantil". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VII, 1949-50.

PEREZ MORALES, FRANCISCO

"Un caso de neurosis de examen". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.

PEREZ, PASTORINI, V.

"Valor de la anamnesis asociativa en medicina psicosomática". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.

PFISTER, O.

El psicoanálisis y la educación. Buenos Aires, Losada, 1942.

PHILLIPS, FRANK

"Análisis de las ansiedades tempranas reactivadas en un paciente durante los períodos de embarazo y lactancia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

PICHON RIVIERE, A. A. de

"Psicoanálisis de niños". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, Nº 2, 1946.

"Balzac, un carácter oral". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.

"Indicaciones para el tratamiento analítico de niños. Un caso práctico". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.

"Fobia a los globos en una niña de once meses". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VII, 1949-50.

"Algunos mecanismos en la enuresis". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951.

"Cómo repercute en los niños la conducta de los padres con sus animales preferidos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951.

"La transferencia en el análisis de niños, en especial en los análisis tempranos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IX, 1952.

"Una nueva psicología del niño a la luz de los descubrimientos de Freud". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

"La inclusión de los padres en el cuadro de la situación analítica y el manejo de estas situaciones a través de la interpretación". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.

"La detención, la marcha y el lenguaje en relación con la posición depresiva". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.

El juego de construir casas. Su interpretación y su valor diagnóstico. Buenos Aires, Paidós, 1961.

— y ALVAREZ DE TOLEDO, L. G. de: "La música y los instrumentos musicales". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.

PICHON RIVIERE, E.

"Los dinamismos de la epilepsia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.

"Patogenia y dinamismos de la epilepsia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.

"Contribución a la teoría psicoanalítica de la esquizofrenia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.

"Lo siniestro en la vida y la obra del conde de Lautréamont". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.

"Psicoanálisis de la esquizofrenia. Síntesis de interés práctico". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

"Teoría y práctica del narcoanálisis". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

"Aspectos psicosomáticos de la dermatología". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VI, 1948-49.

PIERON, H.

"Métodos experimentales. Psicometría", en PIERON, H. y otros: *Tratado de psicología aplicada*. Buenos Aires, Kapelusz, 1955.

PLATA MUJICA, CARLOS

— y RASCOVSKY, ARNALDO: "El yo como doble del ello". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

PONTALIS, J. B.

Vigencia de Sigmund Freud. Buenos Aires, Psique, 1957.

PORTILLO, RAMON DEL

— y GARMA, ANGEL: "Algunas consideraciones acerca del temor al embarazo en ambos sexos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

PROGOFF, I.

Muerte y renacimiento de la psicología. Buenos Aires, Libros Básicos, 1960.

La psicología profunda y el hombre moderno. Buenos Aires, Psique, 1961.

PUNER, HELEN WALKER

Freud, su vida y su mente. Barcelona, Miracle, 1951.

QUIJADA, H.

Consideraciones psicoanalíticas sobre partos distócicos. Madrid, Paz Montalvo, 1957.

RACKER, E.

- "Sobre los celos de Otelo". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.
 "Sobre un caso de impotencia, asma y conducta masoquística". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.
 "Ensayo psicoanalítico sobre la personalidad y la obra dramática de Ricardo Wagner". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VI, 1948-49.
 "Aportación al psicoanálisis de la música". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IX, 1952.
 "Observaciones sobre la contratransferencia como instrumento técnico. Comunicación preliminar". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IX, 1952.
 "Introducción a la antropología psicoanalítica". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. X, 1953.
 "Las relaciones de la música con el inconsciente". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.
 "Notas sobre la teoría de la transferencia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.
 "Aportaciones al problema de la contratransferencia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.
 "La Ventana Indiscreta". (Glosas psicoanalíticas sobre una película). Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
 "Algunas consideraciones sobre la personalidad de Freud". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
 "Contribución al problema de la estratificación psicopatológica". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.
Psicoanálisis del espíritu. Buenos Aires, Paidós, 1965.
 "El papel de la contratransferencia en el proceso psicoanalítico de transformación interna". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.
 "Los significados de la contratransferencia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.
Estudios sobre técnica psicoanalítica. Buenos Aires, Paidós, 1960.
 — en colaboración con CESIO, F., GONZALEZ, A., IVANCICH, POLA y RESNIK, R.: "Sobre la música". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.

RACKER, G. T. DE

- "Consideraciones sobre la formulación de la interpretación". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.
 "El cajón de juguetes del niño y el 'cajón de fantasías' del adulto". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.

RADO, S.

- "El temor a la castración en las mujeres". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VI, 1948-49.
Psicoanálisis de la conducta. Buenos Aires, Hormé, 1962.

RAMBERT, M. L.

La vida afectiva y moral del niño. Buenos Aires, Kapelus, 1948.

RAMIREZ, S.

El mexicano. México, Pax, 1959.

RANK, O.

- El mito del nacimiento del héroe.* Buenos Aires, Paidós, 1960.
El trauma del nacimiento. Buenos Aires, Paidós, 1960.

RAPPAPORT, ERNEST A.

- "El primer sueño de una transferencia erotizada". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

RASCOVSKY, ARNALDO

- "Consideraciones psicossomáticas sobre la evolución sexual del niño (Paralelismo entre las expresiones psicológicas, fisiológicas y estructurales)". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.
 "Interpretación psicodinámica de la función tiroidea". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.
 "Del objeto interno al objeto externo (Externalización e internalización. Dimensiones en la identificación)". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
 "Sobre la génesis y evolución de las tendencias escopofílicas a partir de la percepción interna". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.
 "Esquema de la organización del psiquismo fetal". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.
El psiquismo fetal. Buenos Aires, Paidós, 1960.
 — y otros: "La integración de la interpretación con los niveles preorales". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.
 — y RASCOVSKY, LUIS: "Consideraciones psicoanalíticas sobre la situación actual estimulante en 116 casos de epilepsia infantil". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.
 — y RASCOVSKY, MATILDE: "Cefaleas transitorias en el curso del tratamiento psicoanalítico". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.
 —, RASCOVSKY, M. W. de y SCHLOSSBERG, T.: "Estructura psíquica básica del obseso". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951.
 — y ROSENTHAL, L.: "La formación psicoanalítica". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.

RASCOVSKY, L.

- "Aportación al estudio de las fantasías de flagelación". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.
 "Sueños adecuados para la divulgación del conocimiento onírico". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.
 "Análisis y estructura de una neurosis obsesiva". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.
Patología psicossomática. Buenos Aires, El Ateneo, 1948.
 "El mirar como defensa del deseo y temor de matar". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951.
 "Psicodinamismos en un caso de homosexualidad femenina". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. X, 1953.

RASCOVSKY, MATILDE W. DE

- "Imágenes del pecho materno". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

REDL, F.

- y WINEMAN, D.: *Niños que odian.* Buenos Aires, Hormé, 1959.

REICH, W.

La función del orgasmo. Buenos Aires, Paidós, 2ª ed., 1962.

REIK, T.

"Psicoanálisis de los indicios y sentencias judiciales". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.
 "Sigmund Freud y Gustavo Mahler". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.
 "Cómo se llega a ser psicólogo". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.
 "Psicología y despersonalización". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.
 "La significación psicológica del silencio". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.
Masoquismo en el hombre moderno. Buenos Aires, Sur, 1950.
El amor visto por un psicólogo. Buenos Aires, Hormé, 1966.
Psicología de las relaciones sexuales. Buenos Aires, Nova, 1955.

REMUS ARAICO, JOSE

"Contribución al estudio psicopatológico de la cefalea en relación con la transferencia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.
 "Depresión y alteraciones del carácter en un homosexual". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.

RESNIK, SALOMON

"Actividad musical y reparación". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.
 "Síndrome de Cotard y despersonalización". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.
 "Formas de expresión en un grupo terapéutico". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.

RHODES, R. H.

Hipnosis. Buenos Aires, Aguilar, 2ª ed., 1958.

RIBBLE, M. A.

Derechos del niño. Buenos Aires, Nova, 1954.

RICHARD, G.

Psicoanálisis del hombre normal. Buenos Aires, Psique, 1957.
Psicoanálisis y moral. Buenos Aires, Psique, 1957.

RIESMAN, F.

El psicoanalista viviente. Buenos Aires, Fabril, 1961.

RINGEL, E.

— y VAN LUN, W.: *La psicología profunda ayuda al sacerdote*. Fax, 1957.

RIVIERE, J.

"Contribución al análisis de la reacción terapéutica negativa". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VII, 1949-50.
 — y otros: *Desarrollos en psicoanálisis*. Buenos Aires, Hormé, 1962.

RODRIGUE, EMILIO

"El objeto de amor primario". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.
 "Revisión del simbolismo". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.
 "La concepción del mundo en el autismo". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
 "Revisión del simbolismo" (Segunda Parte). Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
 — Langer, M. y Grinberg, L.: *Psicoterapia del grupo*. Buenos Aires, Paidós, 2a. ed., 1961.
 — Langcr, M. y Grinberg, L.: *El grupo psicológico*. Buenos Aires, Nova, 1960.

ROHEIM, G.

"Mito y leyenda". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.
 "Interpretación psicoanalítica de la cultura". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.
Magia y esquizofrenia. Buenos Aires, Paidós, 1959.

ROLLA, EDGARDO

"Análisis de una esquizofrenia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.
 "La comunicación y las técnicas sociales". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.
 "Análisis contemporáneo de un padre y un hijo". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.
Psicoterapia individual y grupal. Buenos Aires, Ediciones Tres, 1962.
 — y GRINBERG, LEON: "Anorexia nerviosa y claustrofobia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

ROSENFELD, HERBERT

"Observaciones sobre el conflicto del superyó en una forma de esquizofrenia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. X, 1953.

ROSENTHAL, LUDOVICO

"Un artículo omitido de Sigmund Freud". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XII, 1955.
 "Eseritos de Freud inéditos en castellano". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

RUESCH, J.

Comunicación terapéutica. Buenos Aires, Paidós, 1964.

SACHS, H.

"El retraso del maquinismo". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.

SAURI, J. J.

Introducción general a la psicología profunda. Buenos Aires, Carlos Lohlée, 1962.

SAZ, CARMEN

"Comunicación y destrucción". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.

SCHILDER, P.

Introducción a una psiquiatría psicoanalítica. Buenos Aires, Beta, 1949.
Imagen y apariencia del cuerpo humano. Buenos Aires, Paidós, 1958.
Psicología médica. Buenos Aires, Paidós, en preparación.
 — y otros: *Psiquiatría y psicoanálisis de hoy.* Buenos Aires, Paidós, 1964.

SCHLOSSBERG, TEODORO

"Sobre un caso de cefalea". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.

SCHMIDEBERG, MELITTA

"Una contribución a la psicología de las ideas y delirios de persecución". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. X, 1953.

SCHNEIDER, K.

El psicoanálisis y la pedagogía. Madrid, Espasa Calpe, 1932.
Patopsicología clínica. Madrid, Paz Montalvo, 1951.
Personalidades psicopáticas. Madrid, Morata, 1957.

SCHULTZ, ENGLE B.

"Melampo y Freud". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.

SCHULTZ, J. H.

El médico y las neurosis. España, Ed. Alhambra, 1957.
Técnica de la hipnosis. Buenos Aires, Vázquez, 1959.

SCHWARTZ, EMANUEL

— y WOLF, ALEXANDER: "Tendencias irracionales en la psicoterapia contemporánea; correlaciones culturales". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.

SCHWARZ, O.

Psicogénesis y psicoterapia de los síntomas corporales. Barcelona, 1932.

SCOLNI, FLORA

"Psicoanálisis de un niño de doce años". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.
 "Psicoanálisis de una pesadilla". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VI, 1948-49.

SEGUIN, C. A.

"Erasistrato, Antíoco y la medicina psicosomática". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VII, 1949-50.

SEJOURNE, L.

Supervivencias de un mundo mágico. México, Fondo de Cultura Económica, 1953.

SESSER, MIGUEL

"Interpretación de una fobia a las tormentas". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IX, 1952.

SILVEIRA RUDOLFER, NOEMY DA

"Un caso de anorexia nerviosa". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

SIMMEL, E.

"Autoconservación e instinto de muerte". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VIII, 1951.

SMOLENSKY, GIULIANA

"Temor al fracaso en las relaciones objetales en un adolescente". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.

SOKOLOV,

— y otros: *Sigmund Freud y el materialismo científico.* Moscú, Medgiz, 1947.

SORHEGUI, R.

— y SCARIZZA, S.: "La mnemodiscromía". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

SPIRA, MARCELLE

"Tentativas de reparación y creación literaria". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.

SPITZ, R.

"Profilaxis versus tratamiento en las neurosis traumáticas". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.

STEKEL, W.

El fetichismo. Buenos Aires, Imán, 1952.
Estados nerviosos de angustia. Buenos Aires, Imán, 1952.
Onanismo y homosexualidad. Buenos Aires, Imán, 1952.
Actos impulsivos. Buenos Aires, Imán, 1953.
El lenguaje de los sueños. Buenos Aires, Imán, 1954.
Infantilismo psicosexual. Buenos Aires, Imán, 1954.
Sadismo y nosoquismo. Buenos Aires, Imán, 1954.
El matrimonio moderno. Buenos Aires, Imán, 1955.
La impotencia en el hombre. Buenos Aires, Imán, 1956.
La mujer frígida. Buenos Aires, Imán, 1956.
La voluntad de vivir. Buenos Aires, Imán, 1956.
La educación de las madres. Buenos Aires, Imán, 1956.
Cartas a una madre. Buenos Aires, Imán, 1957.

STERBA, EDITHA

"Un factor importante en los trastornos de la alimentación infantil". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.

"La escuela y la orientación de los niños". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.

"Análisis de un caso de fobia a los perros". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

STERBA, RICHARD

"Narcisismo". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.

"Los instintos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.

- "De la sexualidad humana". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.
 "Caracteres de la sexualidad infantil. Su desarrollo". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.
 "Las vicisitudes de los instintos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.
 "Aproximación al problema del proceso musical". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.
 "El abuso de la interpretación". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

STERN, A.

La filosofía de Sartre y el psicoanálisis existencialista. Buenos Aires, Fabril, 1962.

STRACHEY, J.

"Naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

STRECKER, E. A.

Manual de psiquiatría clínica moderna. Buenos Aires, Hormé, 1960.

SÜLLIVAN, H. S.

Concepciones de la psiquiatría moderna. Buenos Aires, Psique, 1959.
La entrevista psiquiátrica. Buenos Aires, Psique, 1959.

TALLAFERRO, A.

"Fragmentos del análisis de un neurótico con mecanismos múltiples". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.
 "Algunos conceptos sobre la simultaneidad emoción-músculo". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IX, 1952.
Curso básica de psicoanálisis. Buenos Aires, Paidós, 1965.

TASHMANN, H.

La familia neurótica de nuestro tiempo. Buenos Aires, Psique, 1962.

TAUSK, VICTOR

"Sobre el origen del 'aparato de influencia' en la esquizofrenia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.

TESSON

— y otros: *Psicoanálisis y conciencia moral*. Perú, Studium, 1949.

THENON, J.

Ncurosis juveniles. Futuro, 1961.

THOMPSON, CLARA

El psicoanálisis. México, Fondo de Cultura Económica, 2ª ed., 1955.

TORRES NORRY, JOSE

Freud. Pro y contra. Buenos Aires, Americalce, 1957.
Freud en esta hora. Crespillo, 1959.

TRAMER, N.

Psiquiatría infantil, de la pubertad y de la adolescencia. Madrid, Morata, 1946.

USANDIVARAS, RAUL J.

"Sobre la vivencia de lo maravilloso en algunas fobias". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

USHER, RUTH D.

"Un caso de tartamudez". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VII, 1949-50.

VALLEJO-NAGERA, A.

"Las tendencias psicoterápicas contemporáneas". Barcelona, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, T. II, 1955-56.

VOWINCKEL WEIGERT, E.

"Notas psicoanalíticas sobre el tratamiento de las psicosis funcionales por narcosis prolongada y convulsivantes". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.

WAELDER, R.

"La estructura de las ideas paranoicas. Examen crítico de varias teorías". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. X, 1953.

WEIL, JORGE

"Un caso de cefalea". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XI, 1954.
 "Un caso de enfermedad de Graves-Basedow". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.
 "Psicoanálisis de una obsesa con perversiones sexuales". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIV, 1957.

WEISS, EDWARD

"Proyección, extrayección y objetivación". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

WEIZSAECKER, V.

Problemas clínicos de medicina psicosomática. Barcelona, Pubul, 1946.
El hombre enfermo. Barcelona, Miracle, 1956.

WENCELBLAT, S.

— y PASTRANA, H.: "Circuncisión y regresión prenatal". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

WERNER, H.

Psicología comparada del desarrollo mental. Buenos Aires, Paidós, 1966.

WHITING, CARLOS

"Observaciones clínicas sobre diagnóstico, etiología (psicodinamismos) y terapia de la homosexualidad masculina". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

WINNICOTT, D. W.

"Desarrollo emocional primitivo". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

WITTELS, F.

"El psicoanálisis y la historia: los nibelungos y la Biblia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1946-47.

"Cleptomanía y otros delitos psicopáticos". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. VI, 1948-49.

WOLFF, W.

Introducción a la psicopatología. México, Fondo de Cultura Económica, 1956.

ZAK, JOEL

— y LIBERMAN, DAVID: "Fobia a la "descompostura". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XIII, 1956.

ZILBOORG, G.

"El descubrimiento del complejo de Edipo (Episodios tomados de Marcel Proust)". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. I, 1943-44.

"Tendencias primitivas en la justicia civilizada". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. II, 1944-45.

"Crimen y justicia". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. III, 1945-46.

"Masculino y femenino". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. V, 1947-48.

Mente y medicina. Buenos Aires, Nova, 1951.

— Henry, George W.: *Historia de la psicología médica*. Buenos Aires, Hachette, 1945.

ZMUD, FRIDA

"Observaciones de un análisis corto en una niña de 22 meses". Buenos Aires, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. XV, 1958.

INDICE ANALITICO

A

Abandono, temor de, véase Pérdida de amor; de la adición, 434

ABRAHAM (Karl) * [Bibl. I al 29.]
alcoholismo, 427; ambivalencia (origen de la), 427; amor (origen del), 107; amor (tipos histéricos de), 264; anal (carácter), 207, 318 y sigs., 544; anal (erotismo), en la depresión, 438 y sigs., 614; anal (subestudios de la etapa), 88; araña (simbolismo de la), 66, 247; autosugestión, 620, 627; avanzada edad (el psicoanálisis en la), 640 y sigs.; castración (complejo femenino de), 101, 204, 205, 252, 281, 383, 389, 417, 552, 570; depresión (autorreproches en la), 448; depresión (el superyó en la), 442; depresión primaria en los niños, 454 y sigs.; depresiva (predisposición), 446; dinero (arrojar), 321; drogas (eficacia de las), 620; duelo, 443; epilepsia, 304; equilibrio (sexualidad del), 234; erotismo auditivo, 93, 130, 483; erotismo oral, 87 y sig.; escenas primarias, 114, 249; escoptofilia (inhibiciones de la), 207; esquizofrenia e histeria, 468; esquizofrenia (psicoanálisis de la), 502; excreciones (valoración mágica de las), 88, 340 y sig., 488 y sig.; exogamia, 416, 572; fetichismo, 388; genital (carácter), 554, 583; impostor (el caso de un), 416, 612; incorporación, 105, 481; libido (evolución de la), 123; manía, 459; maniaco-depresivos (psicoanálisis en los trastornos), 464; maníaco-

co-depresivos (trastornos), 462; melancolía involuntiva, 456; oral (carácter), 438, 545; oral (subestudios de la etapa), 84; perturbaciones ginecológicas psicogénicas, 204, 285 y sigs.; perversiones orales, 396, 494; posesión (sentido de la), 320; postambivalente (etapa), 530; precoz (cyculación), 90, 201, 222; proyección, 174; sádico-orales (fines), 403; sueño (estados de) histéricos, 259; terquedad, 206, 319; tic, 362; tiempo (significado inconsciente del), 321; voyeurismo, 393; bibliografía, 658 y sig.

Abreacción, 625, 636

Abreviado, psicoanálisis, 628 y sig.

Absolución, véase Perdón.

Abstracto (pensamiento), 68, 337.

Absurdo (significado inconsciente del), 331, 589.

Aburrimiento, 29, 216, 621.

Accidental, homosexualidad, 373 y sig.; criminalidad, 563 y sig.

Accidentes (los), como factor precipitante, 33, 146; fobia a los, 228; propensión a los, 559, 564.

Acción (la), y el pensamiento, 335 y sigs.

Acertijos (enigmas), 344.

Aconsejar al paciente, posibilidades y limitaciones del recurso de, 616 y sig.

Acortamiento del tratamiento psicoanalítico, 39, 636 y sig.

Acting out, 423, 563, 564 y sig., 592, 604, 607, 634 y sig.

* Los números entre corchetes, junto al nombre del autor, indican la numeración de las obras de éste en la Bibliografía. El signo (—) precediendo al número, indica que se trata de una obra en colaboración, y que su título figura en la Bibliografía bajo el nombre de su autor principal. Por ej.: Brown (M.) [Bibl. —1213], quiere decir que la obra debe buscarse en el número 1213, tanto en el texto como en la Bibliografía, donde corresponde a Paskind (Harry A.), como autor principal.

En cuanto a los asuntos tratados por cada autor, hemos conservado en el presente índice el mismo orden de la obra original (orden numérico de páginas), con excepción de los cuatro autores más citados (entre ellos Abraham), en el caso de los cuales hemos preferido, para facilitar la búsqueda, clasificar esos asuntos por orden alfabético. (T.)

Actitud física del neurótico obsesivo, 345 y sig.

Actitudes inconscientes, consecuencias físicas de las, 275 y sig.; y hormonas, 276 y sig.; "raras" en la catatonía, 476, 491; catatonoides, 592.

Activa (actitud), en lugar de experiencia pasiva, 62 y sigs., 94, 100, 144, 332, 404 y sig., 430 y sig., 537 y sig., 604.

Actividad, y trauma, 141; bloqueo de toda, 209.

Activo(a), tipo — de control, 58 y sig., 70 y sig.; anticipación — de lo temido pasivamente, 62 y sig., 94, 100, 332, 405 y sig., 410 y sig., 430 y sig., 604; repetición — de experiencias pasivas, 62 y sig., 144, 430 y sig., 537 y sig., 604.

Acto y reacción de descarga, 58 y sigs., 362, 414 y sig.

"Actores en la vida real", 538.

Actuación (la) en el tablado, 358, 588.

Actuales (neurosis), y masturbación, 97; naturaleza de las, 216 y sigs.; terapia de las, 223; y psiconeurosis, 223; y órgano-neurosis, 274; la hipersexualidad en las, 216, 218.

ACHELIS (Werner) [Bibl. 30], 187, 328, 659.

Adaptación, y sentido de la realidad, 69 y sigs.; en la pubertad, 134 y sigs.; y trauma, 143 y sigs.; y neurosis, 519, 532; trabajo de, 616.

Ademanes, véase Gestos.

Adicción, a las drogas, 423 y sigs.; a los perfumes, 233; a la comida, 207, 277 y sigs., 423, 429 y sig.; a la masturbación, 222; al amor, 397, 430, 436 y sigs., 488, 593; sin drogas, 429 y sigs.; terapia en la, 434 y sig.; abandono de la, 434.

Adiposus genitales (status), 298.

ADLER (Alfred), 553.

Adolescencia, 134 y sigs.; y neurosis, 508, 567; homosexualidad en la, 135 y sig., 371.

Adolescentes (amor a los) en homosexuales, 375 y sigs.

Adopción, embarazo posterior a la decisión de, 204.

Adoptivos (hijos), 119, 573.

Adrenal (tumor), 297.

Afasia, 64.

Afectivo-a(s), inestabilidad, 189 y sig., 534 y sig., 589 y sig.; rigidez, 190 y sig., 326 y sig., 496 y sigs., 533, 590 y sigs.; (equivalentes), las neurosis vegetativas como, 273; crisis, 34 y sig., 143; crisis y ataque epiléptico, 304; véase también Emocional.

Afecto(s), inconsciente, 31, 189 y sig., 274 y sig.; y síntomas, 34 y sigs., 507 y sig.; desproporcionados, 40; y estados traumáticos, 59, 143; "doma" de los, 60, 158; (el) como fuente de excitación sexual, 81; bloqueo (represión) de los, 189 y sig.; defensas contra los, 189 y sigs., 535 y sigs.; postergación de, 190; desplazamiento de, 191 y sig.; equivalentes de, 192, 273 y sigs., 533, 592; formación reactiva contra los, 192 y sigs.; cambios de cualidad en los, 193; aislamiento de, 193; proyección e introyección de, 193; inadecuados (como síntoma), 225 y sig.; y conversión, 250; estrangulado, 274; y síntomas vasomotores, 210 y sig.; e ideas obsesivas, 307; y tic, 360 y sig., y expresión mímica, 360 y sig.; fobia a los, 529, 533 y sigs.

Aferriamiento a los objetos en la esquizofrenia, 488.

Aflicción, y síntomas compulsivos, 36; (la) como un tipo de afecto, 36, 443 y sigs.; postergación de la, 190, 444 y sig.; equivalentes de la, 192; y depresión, 443 y sigs.

Agitación en los estados de angustia, 538.

Agorafobia, significado de "la calle" en la, 228; (la) como unidad nosológica, 232, 237 y sig., 239 y sigs.; y erotismo del equilibrio, 234 y sigs.; la amplitud y la estrechez en la, 237 y sig.; y depresión, 447.

Agravación, en la epilepsia, 307; en la esquizofrenia, 478 y sig., 492 y sigs.; en las neurosis, 614 y sig.

Agresividad, en los niños, 54 y sig., 107 y sig.; (la) como instinto, 77 y sigs.; y frustraciones, 77 y sig., 403; (la) y lo erótico, 79; fuentes de la, 93 y sig.; y masturbación, 97 y sig.; y odio, 107 y sigs.; y sentimiento de culpa, 163; y arte, 168; inhibiciones de la, 208 y sigs., 216 y sig., 530, 535; (la) en el exhibicionismo, 233, 390 y sigs.; y escoptofilia, 233, 393; en la historia de angustia, 239 y sigs.; y enuresis, 269; (la) en la colitis, 282; y fatiga, 286 y sig.; y síntomas cardíacos, 290; e hiponecondría, 300; (la) en la epilepsia, 305 y sig.; y torquedad, 319; anulación de la, 323 y sigs.; en el habla, 353 y sigs.; (la) en el tic, 361; (la) en la homosexualidad, 377 y sig., 379 y sigs., 383; (la) en la feminidad,

en el hombre, 379; (la) en el fetichismo, 388, 394; (la) en los impulsos patológicos, 415 y sigs.; (la) en el robo, 416 y sigs.; (la) en la piromanía, 418 y sigs.; (la) en el juego, 419; (la) en los caracteres "gobernados por los instintos", 421 y sigs.; (la) en la adicción a las drogas, 423 y sigs.; (la) en la depresión, 441 y sigs., 446 y sigs.; (la) en la esquizofrenia, 469; (la) en las ideas paranoides, 480 y sigs.; y rasgos reactivos del carácter, 530, 535; reaseguramientos contra la, 539 y sigs.; reactiva, 577 y sig.; y angustia social, 579; y traumatofilia, 607; necesidad de la, 649.

Agresor, identificación con el, 357, 361, 375, 378, 390, 394, 398, 400, 402, 538, 558, 570.

Agua (metabolismo del), alteraciones cíclicas en el, 278.

Ahogo, véase Asfixia.

AICHHORN (August) [Bibl. 31 al 35], 421, 563, 573, 629, 659.

Aislamiento, (el) como resistencia, 43; (el) como mecanismo de defensa, 183 y sigs., 326 y sigs.; entre idea y emoción, 183 y sig., 326 y sigs., 351; de los afectos, 193; de los sentimientos de culpa, 195; (el) en la neurosis obsesiva, 326 y sigs.; entre cuerpo y alma, 345; del superyó, 422 y sig.; 543; de síntomas, 513 y sig., 644 y sig.; entre el análisis y la vida, 634.

Alcohol, como toxina, 82; y superyó, 427; adicción al, 427 y sigs.; abandono del — como medida terapéutica, 619.

Alcoholismo, 427 y sigs.; en las psicosis, 429.

Alergia en el asma, 288, 365.

ALEXANDER (Franz) [Bibl. 36 al 56], sobre análisis vectorial, 30, 283, 581, 586; sobre los precursores de la angustia de castración, 98, 315; sobre el superyó, 127, 563; sobre conflictos instintivos, 154, 531; sobre los síntomas del conflicto neurótico, 198; sobre regresión en las fobias, 240 y sig.; sobre los síntomas como castigo, 265, 516; sobre fisiología de los afectos, 274; sobre alteraciones físicas psicogénicas, 276; sobre úlcera péptica, 281, 547; sobre conversiones y neurosis vegetativas, 283; sobre la respiración, 287; sobre asma, 288, 365; sobre hipertensión, 291; sobre tratamiento de las órgano-neurosis, 303; sobre la corruptibilidad del superyó, 331 y sigs., 421, 543; sobre la

justicia, 334; sobre robar, 417; sobre el carácter neurótico, 423, 563 y sigs., 592; sobre ideas de persecución, 481; sobre lógica de las emociones, 512, 533, 643; sobre complejo de castración y carácter, 551; sobre masoquismo moral, 559; sobre delincuencia, 563; sobre autoplaticidad y aloplasticidad, 565; sobre psicoterapia, 628; sobre interpretación de la transferencia, 635; bibliografía, 659 y sig.

Alexia, 53.

Alimentos, véase Comida.

Alma, separación entre cuerpo y, 17, 345; y respiración, 288.

ALMASY (Endre) [Bibl. 61, 62], 296, 460, 478, 492, 660.

Aloplasticidad, 250, 565, 598.

ALPERT (Augusta) [Bibl. 63], 134, 660.

Altruismo, 376, 380 y sigs., 384, 546, 579.

Alucinaciones, hipnagógicas e hipnopómpicas, 52; negativas, 156 y sig., 261; históricas, 257; (las) en la esquizofrenia, 477 y sigs.; (las) en los estados alucinatorios agudos, 478, 492.

Alucinatoria (realización) de deseos, 65, 170, 437, 478 y sig., 568.

Alucionosis aguda, 478 y sig., 492; postoperatorias, 478.

ALLEN (Clifford) [Bibl. 57, 58], 368, 481, 488, 660.

ALLEN (Frederick H.) [Bibl. 59], 628, 660.

ALLENDY (R.) [Bibl. 60], 404, 660.

Ama de leche, 20.

"Amansamiento" de afectos, 60, 158 y sig.

Ambición, y erotismo uretral, 89, 165, 269 549 y sigs., 594 y sigs.; y trabajo, 214; y vergüenza, 269; en el habla, 355 y sig., 357; y complejo de Edipo, 550; del "Don Juan del éxito", 560 y sigs.

Ambiente, véase Medio ambiente.

Ambivalencia, e introyección, 55, 23; (la) en la sexualidad infantil, 80; y erotismo anal, 87, 318; (la) en las relaciones objetales, 105, 570; (la) de la niña frente a la madre, 112; y aislamiento, 185; e inhibiciones, 215; conflicto de — y desplazamiento, 231, 543 y sig.; (la) y la necesidad de un compañero, 241; en la ninfomanía, 281, (la) en la neurosis obsesiva, 317; (la) en el altruismo, 376, 380 y sig., 384; (la) en la homosexualidad masculina, 377 y sig., 380 y sig.; (la) en la homosexualidad femenina, 384; (la) en la sumisión, 398, (la) en los caracte-

res "gobernados por los instintos", 421 y sig.; (la) en los "adictos al amor", 436; (la) en la depresión, 441 y sigs., 445 y sig.; (la) en el duelo, 444; (la) en las ideas paranoides, 480 y sig.; (la) en los rasgos reactivos del carácter, 529 y sig.; desdoblamiento de la—, 544; y carácter, 570; y celos, 570; y angustia social, 578.

Amenazas (las), obsesivas, 309; como factor precipitante en la neurosis, 510; y las mejorías de transferencia, 622; véase también Intimidación.

Amencia, 478, 492 y sig., 495.

AMES (Thaddeus H.) [Bibl. 64], 647, 660.

Amor, y odio, 51, 54 y sig., 79, 105 y sigs., 479 y sigs.; precursores infantiles del, 54 y sig., 58, 105, 280, 568 y sigs.; objeto pasivo, 58; (el) como suministro narcisístico, 58; (véase también suministros narcisísticos); angustia por la pérdida de, véase Amor (pérdida de); fuentes anales del, 88; sobreestimación del — en el partenaire, 107; (el) en el hombre y en la mujer, 107; elementos regresivos en el, 106 y sig.; e identificación, 106 y sig., 397 y sig.; sobreestimación en el, véase Partenaire (sobreestimación del); e impotencia, 199 y sig.; condiciones subjetivas del, 200, 388; (el) "con exclusión de los genitales", 264; estadios preliminares del, 279 y sig., 568 y sigs.; los "adictos al—", 397, 430, 436 y sig., 488, 593; (el) a una ramera, 572; y odio en la paranoia, 479 y sig.; la cura de, 610, 612; véase también Amoroso (objeto).

Amoroso (objeto), identificación con el, 256 y sig.

Amplitud de la calle, significado de la — en la agorafobia, 238.

Anaclítico (tipo) de elección objetiva, 121, 388, 572 y sig.

Anal(es), introyección, 88, 481; fines objetivos, 87 y sig.; temores, 88, 227, 232, 315; pene, 204; conflictos — en las inhibiciones en la comida, 205; inhibiciones, 207; fobias, 227; retención y distonía; 285; idea — sobre la sexualidad, 315 y sig., 329; carácter, 318 y sigs., 544 y sigs.; retención, 318, 322 y sig., 339; véase también Anal (cretismo), y Anal (sádico) etapa.

Anal (erotismo), y sadismo, 86 y sig.; y ambivalencia, 87; y bisexualidad, 87; desplazamiento del, 95 y sig.; y asco, 163 y sig.; y anulación, 182; y curiosidad, 211; y complejo de castración, 231 y sig., 315; y placer preliminar, 279; (el) en la colitis, 282 y sig.; (el) en la neurosis obsesiva, 312 y sig.; (el) en la terquedad, 319 y sig.; y dinero, 320 y sigs.; y tiempo, 322 y sig.; y éxito, 322, 560 y sig.; y pensamiento, 340 y sig.; (el) en las conversiones intestinales, 353; (el) y el habla, 353 y sigs.; (el) en el tic, 362; (el) en el asma, 365; (el) en la homosexualidad masculina, 377 y sig.; y pornografía, 396; (el) en el masoquismo, 405 y sig.; (el) en el juego de azar, 419; (el) en la depresión, 438 y sig.; (el) en la esquizofrenia, 483.

Anal (sádico), etapa, 86 y sigs., 312 y sigs., 403; regresión, 312 y sigs.; fijación, 346.

Análisis didáctico, 44 y sig.; de prueba, 644 y sig.; vectorial, 30 y sig., 238, 581, 586 y sig.; véase también Psicoanálisis.

ANDERSON (O. D.) [Bibl. 65], 33, 660.

ANDREAS-SALOMÉ (Lou) [Bibl. 66], 111, 660.

ANDREIEFF (L.), 538 y sig.

ANGELUS Silesius, 399.

Angustia, génesis histórica de la, 35, 50, 59; aparición de la, 59 y sigs., 158 y sig.; y estados traumáticos, 59 y sig., 147 y sigs.; (la) primaria, 59, 147; (la) en las neurosis traumáticas, 59, 143; (la) en el peligro, 60, 158 y sig.; (la) como señal, 60, 159, 226 y sig.; contenidos de la, 60 y sig.; parálisis por la, 60, 159; (la) de la propia excitación, 62, 159, 199, 203, 229 y sig., 235 y sigs., 242, 400 y sigs., 605 y sigs.; (la) por los propios instintos, 61, 69 y sig.; (la) de pérdida de amor, 61, 122, 147, 162, 199, 202 y sig., 290, 309, 436 y sig., 571, 578 y sig.; (la) de castración, 62, 95, 98 y sig., 122 y sig., 147 y sig., 199, 231 y sig., 242, 287, 301, 308 y sig., 315 y sigs., 369, 379 y sig., 381; dominio de la, 62, 535 y sigs.; (la) de ser comido, 83, 231 y sig., 357; (la) y las sensaciones del equilibrio, 91; escoptofílica, 92, 164; (la) de castración en la mujer, 122 y sig., 551 y sig.; (la) en la pubertad, 135 y sig.; (la) como motivo de defensa, 158 y sigs.; disposición para la, 158 y sig., 189, 226 y sig., 273, 275; (la) inconsciente, 159, 189, 226, 272 y sig., 275; (la) triple estratificación de la, 159, 226 y sig.; y excitación sexual, 163, 193, 234 y sigs.; postergación de la, 190; equivalentes de la, 192, 273 y sigs., 533, 592; de pér-

dida del control, 203, 236, 269; e inhibiciones, 209; (la) de dormirse, 221 y sigs.; la angustia en la historia de, 226 y sigs.; y situación fóbica, 226 y sig.; y deseo, 228; y tentación, 227 y sigs.; y castigo, 228 y sig.; (la) por temor a la angustia, 244; y conversión, 269; y espasmos, 285; y respiración, 287, 364; y dermatosis, 293; (la) en el hipertiroidismo, 297; (la) hipocondríaca, 301; y aura epiléptica, 296 y sig.; y poder, 323, 400, 536, 538 y sig., 559 y sig., 575; (la) social, 333, 358, 578 y sigs.; y compulsión, 348 y sig., 352; y respiración, 364; incremento de la, 510 y sig.; y defensas del carácter, 527, 535 y sigs., 541 y sigs.; agitada, 538; sexualización de la, 539 y sig.

Angustia (histeria de), véase Histeria de angustia.

Angustia (neurosis de), 217 y sigs.; e histeria de angustia, 226; e hipocondría, 300 y sig.

Animales, neurosis experimentales en, 33 y sig.; bizcochos en forma de, 82; fobias a los, 192, 231 y sig.; torturar a los, 403; amor a los, en niños, 538.

Animismo, en el niño, 57, 61, 174; e histeria de angustia, 238 y sigs.

Animista(s), interpretación, 83 y sigs., 103; cosmologías, 174.

Ánimo (estados de), históricos, 252; cambios de, 441, 456, 592.

Aniquilamiento (en el sentimiento de culpa), 128, 161 y sigs., 436 y sigs.

Anna O. (la paciente de Breuer), 253.

Anorexia nerviosa, 206 y sigs., 298, 430, 443; histórica, 253.

Ansiedad, véase angustia.

Ansioso (carácter), 542.

Anticipación, (la) como método del yo, 58, 62 y sigs., 141 y sigs., 537 y sigs.; activa de lo que se teme pasivamente, 62 y sigs., 94, 100, 332, 405, 410 y sigs., 604; en el pensamiento, 65 y sig.; activa, en el masoquismo, 94; activa de la castración, 100, 332, 405; de un ataque, 400, 402.

Anti-instintivas (las fuerzas), ¿—son innatas?, 165; véase también Defensa.

"Antimusicales" (personas), 213.

Antipatía, 108.

Anulación y formación reactiva, 181; y compulsión de repetición, 181; (la) como mecanismo de defensa; 181 y sigs.; (la) en la neurosis obsesiva, 332; de síntomas, 513.

Apartamiento de la realidad, véase "Ruptura con la realidad".

Apatía, y frustración, 148, 162, 437; y depresión primaria, 148, 437; general, como síntoma, 216; y rabia, 216.

Apercepción, bloqueo de la, 142.

Aprendiz (complejo de), 111, 317, 378, 529, 627.

Aprendizaje, prerrequisitos del, 55 y sig., 58; el proceso de, 63; incapacidad para el, 71; inhibiciones en el, 211 y sigs.; limitaciones del— en el neurótico obsesivo, 566, 582; trabajo de, 616 y sig.

Apuestas con Dios, 343.

Araña(s), (la) como símbolo, 66; temor a las, 247.

Arc de cercle, 259.

Arcaico(s), pensamiento, 63 y sigs., 335 y sigs., 472 y sigs., superyó, 163, 331 y sigs., 344 y sigs., 421, 454, 543; rasgos— en la conversión, 263 y sigs.

Armadura física, 345; el carácter como, 529 y sigs.

Aros, fetichismo de los, 369.

Arqueología, 40.

Arrogancia, 528 y sig.

Arte, psicología del—, 67, 168, 194, 533 y sig., 566 y sigs., 568, 588; y agresividad, 168; y compartir la culpa, 194; inhibición con respecto al—, 213; actitudes contrafóbicas en el—, 541; y carácter histérico, 588.

Artificial(es), paranoia, 504, 620; neurosis, 611, 618 y sigs.; conversiones, 619; fobias, 619; compulsiones 619 y sigs.; neurosis impulsivas, 620; perversión, 620; control-pasivo-receptivo, 620, 623 y sigs.; masoquismo, 620, 623 y sigs.; infantilismo, 620, 623 y sig.

Artista (psicoanálisis del), 643.

Artritis, 286; de Bechterew, 224.

Ascetismo, 134, 410, 528.

Asco, el— como motivo de defensa, 163 y sig.; triple estratificación del, 163 y sig.; señal del, 164; postergación del, 191; a ciertos alimentos, 205.

Asfixia, miedo a la, 234 y sigs., 287, 364; y castración, 287, 364.

Asignatura (fobia a determinadas), 211 y sigs.

Asma bronquial, 288, 364 y sig.

Asociación(es), libre, 37 y sigs.; que se extienden en todas direcciones, 42; libre y asilamiento, 186, 327 y sig., 351; libre y neurosis obsesiva, 186 y sig., 327 y sig., 351; Psicoanalítica de Viena, 716.

Astronomía (la) como ciencia, 20.

Asustar a otros, como medio de protección contra la angustia, 245.

Ataque, emocional, 34 y sigs., 143 y sigs.; emocional, como protección contra la

angustia, 245 y sigs., 400, 402 y sigs.; histérico, 251 y sigs.; epiléptico, 304 y sigs.; asmático, 365; prevención del, 400 y sigs., 402.

Atención, perturbaciones neuróticas de la, 214, 305; y respiración 287; necesidad de, 515.

Atmósfera analítica, 634.

Atracción, en la mujer, 391 y sig.

Auditivo (erotismo), 93; e introyección, 104, 357.

Auditivos (estímulos) — y superyó, 129, 483.

Aura, en la epilepsia, 305.

Autoafirmación (instinto de), 456.

Autoanálisis, 645.

Autoastración, anticipatoria, 100, 332, 405, 411; en la catatonía, 491 y sig.

Autoconfianza y psicoterapia, 626 y sig.

Autoconservación, 76, 155.

Autodestructivas (tendencias), 78 y sigs., 93 y sigs., 405 y sigs., 410 y sigs., 449 y sigs., 559 y sig.; en el sadismo, 400 y sig.; en la melancolía, 450 y sig.; en la catatonía, 491 y sig.

Autoerotismo, 81, 82, 87, 89, 96, 97, 104, 264, 268, 356, 488.

Autoestima y omnipotencia, 56 y sigs.; métodos de regulación de la, 57 y sigs.; y exhibicionismo, 92, 232 y sig., 358, 390 y sigs.; y sentimiento de culpa, 358 y sig., 160 y sigs., 436 y sig.; e hipersexualidad, 279 y sig.; y masoquismo, 405, 409; y sadismo, 402; e impulsos patológicos, 415; (la) en los caracteres "gobernados por los instintos" 422; (la) en la adicción a las drogas, 423 y sigs.; y depresión, 495 y sigs., 446 y sigs.; y celos, 440, 485, 548, 571; y tristeza, 445; y suicidio, 449 y sigs.; conflictos normales sobre, 456; (la) en la manía, 457 y sig.; (la) en la megalomanía, 432 y sig.; el aumento de— como factor precipitante en las neurosis, 510; y conducta reactiva, 528 y sig.; y lucha contra la angustia, 535 y sig.; e idealización, 542 y sig.; y caracteres orales, 547; y amor, 568; véase también Amor (pérdida de), y Narcisísticos (suministros); y angustia social, 578; y pseudología, 590; y sexualidad, véase Narcisísticas (necesidades) y sexuales.

Autoironía, 589.

Automáticos (movimientos), 360 y sig.

Automóviles, fobia a los, 234 y sigs.

Autoobservación (dos tipos de), 634; en la despersonalización, 706 y sig.

Autoplasticidad, 250 y sig., 565 y sig.

Autoridad, 58, 117 y sig., 130, 133, 234, 594, 624, 652.

Autorreproches en la depresión, 508 y sigs.; véase también Odio.

Autosugestión, 263, 620, 627.

Autotomía, 78, 98, 170, 412, 492.

B

BACON (Catherine) [Bibl. 67], 282, 661.

BAK (Robert) [Bibl. 68 al 70], 470, 472, 483, 488, 490, 661.

BAKER (Doris M.) [Bibl. 71], 290, 661.

BALINT (Alice) [Bibl. 72-31], 58, 91, 661.

BALINT (Michael) [Bibl. 74 al 81], sobre el objeto primario de amor, 51; sobre masturbación, 97; sobre el amor, 105; sobre la pubertad, 136; sobre el fetichismo, 386, sobre análisis del carácter, 608; sobre criterios con respecto a la "curación", 646; bibliografía, 661.

BALSAR (Ben H.) [Bibl. 85], 415, 661.

BALLY (Gustav) [Bibl. 82 al 84], 52, 421, 502, 661.

Baño (cuarto de) fobias al, 232.

Bajo, hábitos neuróticos de, 90; significado mágico del, 329; valor terapéutico del, 617, 619 y sig.

BARBLE (Harvey) [Bibl. —1593], 297, 716.

BARINBAUM (Moses) [Bibl. 86], 292, 661.

BARKAS (Mary) [Bibl. 87], 502, 629, 661.

BARTEMEIER (Leo H.) [Bibl. 88-90], sobre la compulsión de contar, 181, 329; sobre micropsia, 262; sobre epilepsia, 304 y sigs.; bibliografía, 661 y sigs.

Básico-a, lenguaje, 192; (regla), 37 y sigs., 633; los objetivos conceptuales y la regla, 37; véase también Asociación libre.

BAUDOUIN (Charles) [Bibl. 91-92], 268, 412, 662.

Bebida, hábitos en la, 82, 428, 548; inhibición en la, 205; véase también Alcohólico.

Bechterew, artritis de, 286.

BEERMAN (Herman) [Bibl. —1509], 288, 712.

BEHN-ESCHENBURG (Hanns) [Bibl. 93], 110, 662.

Belicosidad (la) y el jugar a la guerra, 68.

Belle indifférence des hystériques (la), 270, 514, 614.

Bendecir, 386.

BENDER (Lauretta) [Bibl. 94-95], 270, 401, 662.

BENEDEK (Therese) [Bibl. 96-102], sobre adaptación a la realidad, 54; sobre sadismo oral, 84; sobre eritrofilia, 233, 580; sobre hormonas y psicología, 274; sobre hipertiroidismo, 297; sobre temores mórbidos, 414, 430; sobre etiología diferencial de los mecanismos de defensa, 583; sobre periodicidad, 604; bibliografía, 662.

Beneficios secundarios, 151, 516, (los) en las neurosis traumáticas, 151; (los) en la historia de conversión, 270, 516, (los) en la neurosis obsesiva, 348, 351, 516; (los) en el tartamudeo, 359; (los) en la historia de angustia, 516; (los) en las órgano-neurosis, 516; de los trastornos del carácter, 600; (los) como contraindicación del psicoanálisis, 639, 643.

BERGLER (Edmund) [Bibl. 103 al 110, —796, —850], sobre fantasías orales, 84, 282, 545; sobre el amor, 107; sobre la impotencia, 200; sobre la frigidez, 202; sobre eyaculación retardada, 202, 547; sobre eritrofilia, 210, 233, 580; sobre pseudodebilidad, 210 y sig., 641; sobre parálisis de la voluntad, 213, 332, 615; sobre fobias a los exámenes, 233 y sig.; sobre venganza oral, 281; sobre fantasías de pegar o ser pegado, 404; sobre la incapacidad de esperar, 415; sobre impulsividad oral sobre juegos de azar, 415; sobre despersonalización, 471; sobre celos, 485, 570; sobre locuacidad, 538; sobre pesimismo oral, 545; bibliografía, 662, 685, 688.

BERKELEY-HILL (Owen) [Bibl. 119, 120], 357, 662 y sig.

BERLINER (Bernhard) [Bibl. 121, 122], 408, 559, 628, 663.

BERNER (Emma) [Bibl. 123], 222, y sigs., 663.

BERNFELD (Siegfried) [Bibl. 124 al 140], sobre fundamento materialista en Freud, 17; sobre psicología del bebé, 49, 55, 570; sobre fascinación, 53; sobre clasificación de los instintos, 78; sobre la pubertad, 135, 136; sobre sublimación, 168; sobre repugnancia a determinados alimentos, 205 y sig.; sobre falta de interés por la música, 213; sobre la lectura, 357, 430, 548; sobre fuga, 416; sobre el suicidio, 450; sobre el yo y la imagen corporal, 469; sobre criminalidad, 563; sobre el determinismo social de la educación, 649; sobre

diferencias de clase y neurosis, 650; bibliografía, 663.

BERNSTEIN (Clarence) [Bibl. —1357], 293, 707.

"Berrinches", 578.

BERTSCHINGER (Hugo) [Bibl. 141], 478, 663.

Besar, 82, 548.

BIBRING (Edward) [Bibl. 142 al 145], sobre clasificación de los instintos, 80; sobre esquizofrenia, 468, 478, 488; sobre compulsión de repetición, 604; bibliografía, 663.

BIBRING-LEHNER (Grete) [Bibl. 146, 147], 101, 378, 663.

BIEN (Elías) [Bibl. 148], 664.

Bifásicos (síntomas), 181, 309, 330, 513.

BINSWANGER (Ludwig) [Bibl. 149], 531, 664.

Biología y psicología, 19.

Biológico y social, (determinismo), 17, 19 y sig., 119 y sig., 544; véase también Social, y Condicionamiento.

Biologista (orientación), 20.

Bisexualidad, y erotismo anal, 86, 316; base biológica de la, 104, 372; y ataques histéricos, 252; y enuresis, 268 y sig.; (la) en el neurótico obsesivo, 316 y sig.; y homosexualidad, 372 y sig.

BISKIND (Gerson) [Bibl. —929], 690.

BIVIN (George D.) [Bibl. 150], 282, 664.

BJERRE (Poul) [Bibl. 151], 502, 664.

BLAIR (Donald) [Bibl. 152], 501, 664.

BLANTON (Smiley) [Bibl. 154 al 156], 360, 664.

Blasfemias obsesivas, 203, 387.

BLEULER (Eugen) [Bibl. 157], 427, 664.

Bloqueo, de las percepciones, 53, 142, 156, 170 y sigs., 175; de los afectos, 189.

BLUM (Ernst) [Bibl. 158], 234, 580, 664.

BLUMGART (Leonard) [Bibl. 159], 175, 664.

Boca = vagina, 111, 281; = ojo, 262, 393, 548 y sig.; véase también Oral.

BOHEM (Félix) [Bibl. 160 al 165], 104, 316, 374, 375, 379, 389, 664.

BOHNENGER (Charles) [Bibl. —1311], 286, 706.

BOISEN (Anton T.) [Bibl. 166], 472, 665.

BONAPARTE (Marie) [Bibl. 167 al 172], sobre los niños sin madre, 116, 573; sobre frigidez, 202; sobre el tiempo, 322; sobre cleptomanía, 417; sobre el afán de poder, 559; sobre temor al médico y el dentista, 579; sobre educabilidad de los niños, 649; bibliografía, 665.

- BORNSTEIN (Berta) [Bibl. 173 al 176], sobre la sublimación, 168; sobre negación en la fantasía, 171; sobre pseudodehilidad, 210 y sig., 641; sobre inhibiciones intelectuales, 214; sobre el temor de dormir, 221; sobre histeria de angustia en los niños pequeños, 246; sobre análisis de niños, 639 y sig.; bibliografía, 665.
- BORNSTEIN (Steff) [Bibl. 177 al 180], 439, 639 y sig.; 650, 665.
- BORNSTAJN (Mauricy) [Bibl. 181], 473, 489, 665.
- BOSS (M.) [Bibl. 182], 298, 665.
- BOWEN (Margaret) [Bibl. 186], 495, 665.
- BRAATÖY (Trygve) [Bibl. 183, 184], 136, 501, 665.
- BRADLEY (Charles) [Bibl. 185, 186], 495, 665.
- BRENNAN (Margaret) [Bibl. —673], 623, 626, 680.
- BREVER (Joseph) [Bibl. 187, 188], 37, 253, 265, 307, 625, 665.
- Breve (psicoterapia), 628 y sig.
- BRIEHL (Walter) [Bibl. 189], 666.
- BRIERLEY (Marjorie) [Bibl. 190 al 192], 35, 112, 507, 666.
- BRILL (A. A.) [Bibl. 193 al 204], sobre el hijo único, 115, 573; sobre neurastenia, 219; sobre estados de sueño histéricos, 259; sobre carácter anal, 318, 544; sobre oler, 365; sobre suicidio psíquico, 451; sobre psicoanálisis en las psicosis, 464; sobre psiquiatría y psicoanálisis, 467; sobre autodestrucción, 491; sobre personalidades esquizoides, 496; sobre mentir, 590; bibliografía, 666.
- BROMBERG (Walter) [Bibl. 205 al 207], 242, 429, 450 y sig., 666.
- Bromear obsesivamente, 534 y sig.
- BRONNER (F. A.) [Bibl. —757], 417, 684.
- BROWN (J. F.) [Bibl. 208], 666.
- BROWN (M.) [Bibl. —1213], 500, 702.
- BRUCH (Hilde) [Bibl. 209 al 211], 277, 298, 666.
- Brujas, 374.
- BRUN (R.) [Bibl. 212], 360, 666.
- BRUNNER (M.) [Bibl. 213], 360, 666.
- BRYAN (Douglas) [Bibl. 214 al 216], 104, 341, 355, 372, 666 y sig.
- Bufones, los niños como, 534 y sig.
- Bulimia neurótica, 253, 438, 483; en la esquizofrenia, 488.
- BULLARD (Dexter M.) [Bibl. 217 al 219], 434, 502 y sig., 629, 667.
- BUNKER (Henry Allen) [Bibl. 220], 355, 388, 667.
- BURLINGHAM (Dorothy) [Bibl. 224, 225], 630, 667.
- BUXBAUM (Edith) [Bibl. 226, 227], 136, 268, 667.
- BYCHOWSKI (Gustav) [Bibl. 228 al 234], 127, 418, 470, 472, 473, 395, 489, 631 y sig., 667.

C

- Cabello, fetichismo del, 386, 394.
- Cabeza (dolor de), en la neurastenia, 219; tipos de, nervioso, 291; significado inconsciente del, 341.
- Café, salón de, 245.
- Caída y excitación sexual, 229; fobia a la, 229, 234.
- Calambre, de los violinistas, 213, 259; de los escritores, 213, 259.
- Calor, nostalgia de, 90 y sig., 292, 439; y cariño, véase Cariño.
- Calle (amplitud de la), significado de la, en la agorafobia, 228, 238.
- Cambio (s), de objetos en la niña, 111 y sig.; miedo a los, 339, 560, 572; compulsivo, 339.
- CAMERON (N.) [Bibl. 235, 236], 472, 667.
- CAMERON (William M.) [Bibl. 237], 628, 667.
- Caminar, aprender a, 58, 234; sexualización del, 210, 234; inhibiciones del, 210, 307 y sigs.; rituales del, 307 y sig.
- CAMPBELL (C. Macfie) [Bibl. 238, 239], 467, 474, 667 y sig.
- Cáncer, fobia al, 448.
- Canibalismo, véase Oral (sadismo).
- CANNON (Walter B.) [Bibl. 240 al 242], 26, 298, 668.
- CANTOR (Nathaniel) [Bibl. 243], 646, 668.
- Caótica (condueta), 588.
- Capitalismo, 653.
- "Capitulación esquizofrénica", 474, 500.
- Carácter, perturbaciones del, y neurosis sintomáticas, 32, 518 y sigs.; trastornos del, 518 y sigs.; rasgos del, de tipo reactivo, 180, 527 y sigs.; desarrollo del, y enuresis, 268 y sig., 549 y sig.; anal, 318 y sigs.; compulsivo, 346, 590 y sigs.; condicionamiento social del, 519, 525, 544 y sig., 564, 593 y sig.; y sociedad, 519, 544 y sig., 564, 593 y sig.; rasgos patológicos del, 503 y sigs.; definición del, 521 y sigs.; y yo,

- 522 y sigs.; y superyó, 524 y sigs.; diferencias de, en los dos sexos, 625; clasificación de los rasgos de, 526, 583 y sigs.; rasgos de, de tipo sublimado, 526 y sigs.; resistencia del, 43, 531, 598; (el) como "armadura", 529; defensas del, 526 y sigs.; oral, 545 y sigs.; uretral, 549 y sigs.; y complejo de castración, 551 y sigs.; fálico, 553; genital, 554; y complejo de Edipo, 572 y sigs.; constancia del, 583 y sig.; fóbico, 587 y sigs.; histérico, 587 y sigs.; cíclico, 592; esquizoide, 592 y sigs.; perturbaciones del, (historias clínicas), 593 y sigs.; la terapia en las perturbaciones del, 597 y sig.; análisis del, 597 y sigs.; neurosis de, y neurosis sintomáticas, 598; perturbaciones del, e histeria de angustia, 614; histriónico, 588; hiperemotivo, 529, 533; neurótico, 423, 563 y sigs., 592.
- Caracterología psicoanalítica, bases para la creación de una, 518 y sig.
- Caracterológica (s) resistencia, 43, 531, 598; defensas, 526 y sig.; defensas, contra la angustia, 535 y sigs.; defensas, contra los sentimientos de culpa, 554 y sigs.
- Carcajada, y tie, 361; obsesiva, 400; véase también Risa.
- Cardíacas, las perturbaciones órgano-neuróticas, 290 y sig.
- Cardíacas (neurosis), las, como conversiones, 254; las, como equivalentes de angustia, 273, 289 y sig.; véase también Corazón.
- Cariño, y calor, 90 y sig., 254 y sig., 292, 439; necesidad de, véase Temor a la pérdida de amor y Suministros narcisísticos.
- CARMICHAEL (Hugh T.) [Bibl. 244], 297, 668.
- CARP (E. A. D. E.) [Bibl. 245], 369, 668.
- CARVER (Alfred) [Bibl. 246], 464, 668.
- CASSITY (O. H.) [Bibl. 247], 376, 668.
- Castigo y masturbación, 97 y sig.; expectación del, 97, 222; profiláctico, 100, 332, 406, 410 y sig.; por el superyó, 127 y sig., 160 y sig.; necesidad de, 128, 163, 333, 406, 420, 554, 559; sexualización del, 128, 195, 333, 410, 420, 514 y sig., 559 y sig.; convertirse en piedra, como, 92, 207 y sig.; esperado durante el dormir, 222; y angustia, 228 y sig.; mediante una realización aparente de deseos, 255 y sig., 310 y sig., 433; el síntoma como, 265, 516, 611; periodicidad de, y transgre-
- sión, 311, 462; véase también Complejo de castración, Amor (pérdida de), y Superyó.
- Castración, amenazas de, 98 y sigs.; anticipación activa de la, 100, 332, 405; e insania, 230; ideas de— en la histeria, 264; y asfixia, 287; y mutismo, 341, 355; simbólica, 388, 394, 401, 408, 618; de los sacerdotes, 411; la masturbación como, 433.
- Castración (angustia de), 62, 95 y sigs., 98 y sigs., 122 y sig., 147 y sig., 119, 231 y sig., 242 y sig., 287, 301, 308 y sigs., 315 y sigs., 369, 379 y sig., 381 y sig.; en el varón, 95; precursores de la, 98 y sig., 315; formas especiales de, 99 y sig.; en la mujer, 123 y sig., 552 y sig.; y trauma, 147 y sigs.; e impotencia, 199; y el dormir, 222; y situaciones fóbicas, 229 y sig., 579; y angustias orales, 231; y angustias anales, 232, 315; y angustia de muerte, 242; y temor a la infección, 242 y sig.; e hipocondría, 301; (la) en las amenazas obsesivas, 308 y sig., 317; y temores en el retrete, 315; (la) en las perversiones, 369; y feminidad en el hombre, 379 y sig.; (la) en las actitudes contrafóbicas fallidas, 541; y angustia social, 579; y el mentir, 589.
- Castración (complejo de), y exhibicionismo, 92 y sig., 358 y sig., 409, 580; en el varón, 95 y sig.; tipo femenino de— en el varón, 99 y sig.; filogenia del, 100 y sig.; masculino y femenino, 103; y complejo de Edipo, 112; femenino, 102 y sig., 122 y sig., 551 y sig.; "tipo vengativo" del— femenino, 204, 205, 252, 281, 391 y sig., 417, 552 y sig., 570; y curiosidad, 211; y expresiones faciales, 361; en la homosexualidad masculina, 374 y sig.; 378; en la homosexualidad femenina, 381 y sigs.; tipo de "realización de lo deseado" del— femenino, 383, 388 y sig., 552 y sig.; y fetichismo, 386 y sigs.; y transvestismo, 389 y sigs.; y escotofilia, 392; y perversiones orales, 396; y sadismo, 399 y sigs.; y masoquismo, 405 y sigs.; y sentimientos de inferioridad, 441; e ideas de persecución, 479; y carácter, 551 y sigs.; y forma de reaccionar a los hombres y a las mujeres respectivamente, 644.
- Castrado, jugar a estar, 551; deseo de ser, 317; véase también Anticipación activa de la castración.
- Catalepsia, 491.
- Catártico, tratamiento, 152, 625 y sig.

Catatonía (s), 475 y sig., 490 y sig., 501; la imitación en la, 491; actitudes raras en la, 476, 491; periódicos, 501; la sonrisa en la, 476, 490 y sig.

Catatónico-a (s), estupor, 468, 472, 501 y sig.; postura, 476.

Catatonoides, actitudes, 593.

Cavilación obsesiva, 234, 330, 338 y sig.

Ceguera, histórica, 30, 261 y sig.; y erotismo del tacto, 91; temor a la, 99.

Celos, 440, 484 y sig., 448, 570 y sigs.

Censura (la) en los sueños, 66.

Cerebro, enfermedad orgánica del, 296 y sig.; órgano-neurosis del, 305.

Ceremoniales, véase Rituales.

Cicatriz del yo, véase Escara.

Cíclico-a, obesidad, 277 y sigs.; carácter, 460, 461 y sig.

Ciclo maniaco-depresivo, 459 y sig., 461 y sig.

Cicloides (individuos), 586.

Ciclotimia, 456, 460, 575 y sig., 592.

Ciencia, historia de la, 17 y sigs.; y sistemas compulsivos, 326; actitudes contrafóbicas en la, 541.

Científico (pensamiento) y pensamiento mágico, 17 y sigs., 23.

Cirec, 392.

Circulatorio (aparato) perturbaciones órgano-neuróticas del, 289 y sigs.

Civilización, y neurosis, 651 y sigs.; frustraciones debidas a la, 651, 653.

CLARDY (E. R.) [Bibl. 266], 495, 669.

CLARK (L. Pierce) [Bibl. 267 al 281], sobre la torticolis, 285; sobre enfermedad orgánica del cerebro, 297; sobre epilepsia, 304; sobre alcoholismo, 427; sobre el suicidio, 450; sobre tratamiento de las depresiones, 464; sobre pronóstico en la esquizofrenia, 501; sobre psicoanálisis de la esquizofrenia, 502; bibliografía, 669.

Clase (diferencias de) y neurosis, 653.

Clasicismo y romanticismo, 533 y sig.

Clasificación, afán neurótico de, 325 y sig., 543 y sig., 574, 591; de los instintos, 76 y sigs.

Claustrofobia, 229, 234 y sigs.; en el tiempo, 236.

Cleptomanía, 417 y sig.

Climaterio, eclosión de neurosis en el, 28, 508; alteración de los cuadros neuróticos en el, 314; curación espontánea de neurosis en el, 610.

Clitoris, (el) como zona erógena, 101, 123; masturbación del 101 y sigs.; y vagina, 101 y sig., 103 y sig., 203 y sig., 266; erotismo del— y frigidez, 203 y sig.; crotismo del— e histeria, 266.

Club, 245; véase también Café, salón de.

COBB (St.) [Bibl. —1030], 304, 635.

Codicia, 323.

COHN (Franz) [Bibl. 282, 283], 241, 488, 562, 669.

Coitus interruptus, 218.

Colaterales (instintos parciales), 81.

Coleccionar (manía de) psicología de la, 323, 386 y sig.

Cólera (accesos de), 578.

Colitis, 282.

Colon espástico, 282.

Colores, ceguera a los, 213.

Comedia, 459 y sig.

Comenzar (miedo de), 323.

Cómicos, fenómenos, 541.

Comida (s), hábitos en la, 82 y sig., 548; repugnancia por ciertas, 205 y sig.; adictos a la, 207, 277 y sigs., 423, 429 y sig.; fobias a la, 227, 395; adicción ciclica (Wulff) a la, 277 y sigs.; rechazo de la, 438, 443, 487; problemas de la— en los niños, 205 y sig.; inhibicionea de la, 204 y sigs., 227; y superyó, 292; fobia a la, 227; (véase también Anorexia, y Bulimia); funerarias, 443.

Comido (ser), temor de, 83, 231, 357; fantasía de, 398.

“Como si” (conducta), 498 y sig., 533, 593.

Compañero, 83, 446; en la agorafobia, 239 y sigs.

Compartir la culpa, 194, 396, 556 y sig., 574 y sig.

Compasión, 532 y sig.

Componentes instintivos, 81, 91 y sigs., 204 y sigs.; represión de los, 370 y sig., 388.

Compulsión (es), (el) fenómeno de la, 307; (la) como derivado, 307; y apremio instintivo, 307 y sig.; de lavarse, 307, 329; (la) como protección, 327; y angustia, 394; y perversión, 367; e impulsos patológicos, 430 y sigs.; del pavimento, 187; de cambiar, 329; de contar, 183, 311, 328 y sig., 604; y obsesión, 307.

Compulsivo-a (s), pensamiento, 67, 328, 330 y sig.; masturbación, 222 y sig., 281, 310 y sig., 483, 574; sistemas, 324 y sigs., 330; carácter, 346, 590 y sigs.; movimientos— y tic, 360 y sig.; cambio, 339; persiones, 585; movimientos— y estereotipias, 498; tipos, 585; lavado, 307, 329; perturbaciones motoras, 311 y sig.; delirium tremens, 498; neurosis, véase Neurosis obsesivas.

Comunión de sueños diurnos, 556, 588 y sig.

Comunión mágica, 82 y sig., 446.

Compensación financiera, luchar por una, 151, 515, 557; necesidad de una, 446.

Complejo (s), sensibilización en los puntos de— 146, 511; (los) y las inhibiciones sociales, 572 y sigs.; véase también Edipo (complejo de), y Castración (complejo de).

Complejo de Edipo, y masturbación, 96 y sig., 268; ontogenia del, 110 y sig., 113 y sig.; negativo, 110 y sig., 112 y sig., 256, 377, 404; femenino, 112; y complejo de castración, 112; definición y naturaleza del, 113 y sigs.; formas especiales del, 113 y sigs., 572 y sig.; (el) de los padres, 117; e indulgencia, 117; (el) y la familia, 119 y sig.; filogenia del, 127 y sig.; “resolución” del, 126, 131 y sig.; introyección de los objetos del, 136 y sig.; persistencia (indebida) del, 131, 572; (el) en las personas normales y en las neuróticas, 131 y sig., 572 y sig.; (el) en la pubertad, 134 y sig.; y disociación de ternura y sensualidad, 200, 237, 326 y sig., 544, 572; y moral, 195, 333, 410; e impotencia, 199; y frigidez, 203; y síntomas de conversión, 251 y sigs.; y enuresis, 268; (el) de Don Juan, 279 y sig.; (el) en la ninfomanía, 281; y neurosis obsesiva, 311 y sig.; y sadismo, 316, 404, 408 y sig.; (el) en la homosexualidad, 373, 383; y masoquismo, 404, 408 y sig.; y sentimientos de inferioridad, 441; (el) en la esquizofrenia, 473 y sig., 489, 494; y ambición, 550; y celos, 571; y carácter, 572 y sig.

Complementaria, serie, 116, 453, 467 y sig., 494, 508, 617.

Compromiso, el síntoma como, 245, 265, 308 y sigs., 368, 581 y sigs.; carácter de— de las fobias, 245; los síntomas compulsivos como, 308 y sigs.; carácter de— de los impulsos patológicos, 414 y sig.; carácter de— de los rasgos caracterológicos, 526, 531 y sigs.; las diversas psicoterapias como, 618 y sigs.

Concentración, perturbaciones neuróticas de la, 214, 216 y sig.

Conciencia, 129, 160 y sigs., 437, 445, 448; la voz de la, 129; señal de la, 161 y sigs.; patológica, 163, 421 y sigs., 563 y sig., 579 y sig.; inhibiciones a causa de la, 214; defensas contra la, 330 y sigs., 344 y sig., 554 y sig.; y estados de ánimo, 441; aban-

dono de la— en la manía, 457 y sig.; proyección de la— en la esquizofrenia, 478; condicionamiento social de la, 525, 652 y sig.; véase también Superyó.

Conceptuales (objetivos) y regla básica, 40.

Condiciones subjetivas en el amor, 200 y sig., 388.

Conducto de Müller, 372.

Confesión católica, 612, 620, 624.

Confirmación, necesidad de, 537.

Conflicto (s), definición del— neurótico, 33 y sig., 154; (c) neurótico en la pubertad, 134 y sig.; entre instintos opuestos, 154 y sig.; instintivo y estructural, 155; neurótico y realidad, 155 y sigs.; el superyó en el— neurótico, 157; síntomas clínicos directos del— neurótico, 197 y sig.; neurótico y neurosis, 197, 617; y perturbación funcional, 255; latente, 599 y sigs.; neurótico y trauma, 603, 604 y sig.; cambios en el— neurótico, 617 y sig.; esfera sin, 70.

Confusión aguda, 478.

CONNELL (E. H.) [Bibl. 284], 242, 450, 669.

Conocimiento, resistencia contra un— específico, 211 y sig.; deseo de, 211, 548; véase también Curiosidad.

CONRAD (Agnes) [Bibl. 285], 263, 669.

Consciencia, contenidos de la, 30; requisitos de la, 30, 50; génesis de la, 50; consolidación de la— por medio de las palabras, 58 y sig., 63, 67; perturbaciones históricas de la, 259 y sig.

Consciente e inconsciente, 28 y sig.

Consejos sobre conducta en la vida, 619 y sig.

Constancia, principio de, 26, 51, 77, 78; relativa del carácter, 523, 583 y sig.

Constipación, 207, 211, 219, 253, 282 y sig., 353; “—mental”, 211.

Constitución, y medio ambiente, 18; y zonas erógenas, 85; (la) en la neurosis obsesiva, 346; en la perversión, 369 y sig., 412; en la homosexualidad, 373; en el sadismo, 403; en los trastornos maniaco-depresivos, 452 y sig.; en la esquizofrenia, 467 y sig., 494.

“Constitucional (inferioridad)”, la perversión como, 369.

Contacto, tabú del, 187, 328; fobia al, 231, 243 y sig.; rituales del, 307, 311, 328.

Contar, compulsión de; véase Compulsión de contar.

Contraatcesis, 58, 141, 157, 168 y sigs.,

175 y sigs., 183, 189, 197, 216, 266, 300, 476, 520, 526 y sigs., 535 y sigs.
 Contructura histórica, 259.
 Contrahomoeostática, conducta, 26.
 Contrafóbica, (s), actitud, 148, 180, 193, 201, 145, 307, 536 y sigs.; (actitudes), fracaso de las, 541.
 Contraindicación para el tratamiento psicoanalítico, 639 y sigs.
 Contrasexual, transferencia, 372.
 Contratransferencia, 644.
 Control, de las excitaciones, 26; instinto de, 26, 62, 537; de los estímulos, 32 y sig.; intentos primitivos de, 52 y sigs.; y hambre, 53; tipo pasivo respectivo de, 58, 71, 90 y sig., 94 y sig., 142, 222, 269, 282, 290, 365, 377 y sigs., 424 y sig., 477, 507, 514 y sigs., 523 y sig., 538 y sig., 546 y sigs., 573, 612, 620, 623 y sigs., 652; tipo activo de, 58 y sig., 71 y sig.; mediante la repetición activa, 62 y sig., 144, 392 y sig., 536 y sig., 588, 604 y sig.; de la angustia, 62 y sig., 535 y sigs.; capacidad de, 141 y sig.; de los síntomas, 515 y sig.
 Conversión (es), y afecto, 250; concepto de, 250 y sig.; prerrequisitos de la, 251 y sigs.; y sueños diurnos, 251 y sig.; mono-sintomáticas, 253 y sig.; rasgos arcaicos en la, 328 y sigs.; significado general de la, 265 y sig.; y angustia, 269; y órgano-neurosis, 272 y sig.; pregenital, 288, 353 y sigs.; erotismo intestinal y anal en la, 353; artificial, 619; dentro del sistema vegetativo, 263; histeria de, véase Histeria de conversión.
 Convulsiones, histéricas, 252, 259; epilépticas, 303 y sigs.
 COOK (S. W.) [Bibl. 286], 32, 669.
 Coprofagia, 87, 182.
 Coprofilia, 164, 313, 394 y sigs., 401, 409, 438.
 Coprolalia, 337, 353 y sigs., 362.
 Coraje, 192, 538, 553, 577.
 Corazón, perturbaciones órgano-neuróticas del, 389 y sigs., véase también Cardíacas (neurosis).
 CORIAT (Isador H.) [Bibl. 287 al 296], sobre estructura del yo, 51; sobre tamudeo, 205, 356, 360; sobre la Medusa, 207, 361; sobre alucinaciones, 478; sobre análisis de la esquizofrenia, 502; sobre ambición y erotismo uretral, 549; sobre magia en la psicoterapia, 625; sobre estadísticas terapéuticas, 560; bibliografía, 670.
 Corporal (es), imagen, 51 y sig., 299,

469 y sig.; libido, 300; sensaciones— en la esquizofrenia, 469 y sigs.
 Corruptibilidad del superyó, 331 y sig.; 422, 543.
 Cortadora de trenzas, 388, 394, 401.
 Cortesía, (la)— como resistencia, 43; reactiva, 208.
 CORWIN (W.) [Bibl. —1539], 287, 714.
 Cosquillas (las) como modelo de la sexualidad, 75.
 CRAIG (James B.) [Bibl. —1214], 286, 702.
 CRANK (Harlan) [Bibl. 297], 628, 670.
 Creadora (capacidad) y psicoanálisis, 643.
 Criminal (es), por sentimiento de culpa, 213, 417, 420, 557; psicología del, 417 y sigs., 421 y sig., 563 y sig.
 Criminalidad, 417 y sigs., 421 y sig., 563 y sigs.
 Criticar (afán de), como resistencia, 42.
 CRONIN (Herbert J.) [Bibl. 298], 573, 670.
 CROWLEY (Ralph M.) [Bibl. 299], 425, 670.
 CRUTCHER (Roberta) [Bibl. 300], 628, 640, 670.
 Cualidad (cambio de), en los afectos, 193.
 "Cucos", 126.
 Cuchillos, fobia a los, 227 y sig.
 Cuerpo, y alma, 17, 341; descubrimiento del propio, 210, 470; sensación de extrañamiento del, 286, 345; sensación del propio— y sentido de la realidad, 51, 470; sensación del propio— y yo, 51 y sig., 286, 470; representación del propio, 51 y sig.; = pene, 553.
 Culpa (la), como señal, 160 y sigs.; compartir la, 160 y sig., 194, 396, 556 y sigs., 574 y sig.; negación de la, 556 y sig.; véase también Culpa (sentimiento de).
 Culpa (sentimiento de), por la masturbación, 96 y sig.; y autoestima, 128 y sig., 160 y sigs.; naturaleza del, 127 y sigs., 161 y sigs., 437; defensa contra el, 157 y sig., 193 y sigs., 330 y sigs., 554 y sigs.; (el) como motivo de defensa, 160 y sigs.; y hambre, 162, 163; triple estratificación del, 161 y sigs., 436 y sig.; el sadismo oral en el, 163; y desvergüenza, 191; y agresividad, 194; proyección del, 478, 482 y sigs., 555 y sigs.; "prestado", 194; inconsciente, 213, 559; (el) en los síntomas compulsivos, 308; retorno del— reprimido, 344, 558 y sig.; lucha mágica contra el, 559; (el) en el maso-

quismo, 407, 409 y sig.; (el) en la fuga impulsiva, 415 y sigs.; (el) en la cleptomanía, 417; los criminales a causa del, 213, 417, 420, 567; (el) en el juego de azar, 419 y sigs.; (el) en la adicción a las drogas, 426; y sentimientos de inferioridad, 441; (el) en el duelo, 444 y sig.; aumento del, 510 y sig.; y éxito, 560 y sigs.; ausencia aparente de, 563 y sigs.; véase también el artículo anterior: Culpa, y Castigo (necesidad de); psicología del, 417 y sigs., 421 y sig., 563 y sig.
 Cultural, determinismo, 19 y sig., 519, 544, 593 y sig.; tradición, 649; véase también Determinismo y Social.
 "Culturalismo", 21.
 Cunilingüe, 391, 396.
 Curación, traumática, 348; espontánea, 583 y sigs.; criterio acerca de la, 646.
 Curiosidad, sexual, 92; represión de la— sexual, 211; (la) como rasgo de carácter, 393, 548; y despersonalización, 471.
 CUSHMAN (Dorothy) [Bibl. —1544], 291, 714.

CH

CHADWICK (Mary) [Bibl. 248 al 257], sobre la adquisición del habla, 64, 357; sobre el hecho de conocer, 92, 211; sobre hijos adoptivos, 119, 573; sobre la pubertad, 136; sobre miedo a la muerte, 242; sobre cleptomanía, 417; sobre la periodicidad, 462, 604; sobre la curiosidad, 548; sobre análisis de niños, 639; bibliografía, 668.
 CHARCOT, 269 y sig.
 CHASE (Louis S.) [Bibl. 258, 259], 501, 668.
 CHASELL (Joseph) [Bibl. 260, 261], 427, 629, 668 y sig.
 CHENEY (C. O.) [Bibl. —830], 484, 687.
 CHIJS (A. van der) [Bibl. 262], 478, 669.
 Chinchas, miedo a las, 247 y sig.
 Chistes (contar), 194.
 Chivo emisario, 555.
 Christian Science, 619 y sig., 624, 630.
 CHRISTOFFEL (H.) [Bibl. 263 al 265], 57, 268, 398, 669.

D

DANIELS (George E.) [Bibl. 301 al 306], 282, 298, 427, 670.

Dar, psicología del, 322 y sig., 545 y sigs.
 DATNER (Bernbard) [Bibl. —1612], 52, 478, 717.
 DAVIS (Kingsley) [Bibl. 307, 307a], 394, 649, 670.
 Deber, concepto del, 214.
 Debilidad, del yo, 56, 225 y sig., 150, 188, 346; mental y tratamiento psicoanalítico, 641; véase también Pseudodebilidad.
 Decapitación, miedo a la, 99, 284.
 Deductivo e inductivo, el pensamiento— en psicoanálisis, 24.
 Defecación, impulso de, 74; (la) como fin sexual, 86 y sig.; y proyección, 174; frecuencia (histérica) de la, 253, 265; véase también Erotismo anal.
 Defensa (s), definición de la, 34; contra impulsos, 69 y sig.; los motivos de la, 69, 154 y sigs.; contra la satisfacción de instintos, 75, 170, 174 y sig., 542, 590; contra las percepciones, 156 y sig., 170 y sigs., 175 y sig.; contra los sentimientos de culpa, 157 y sig., 193 y sigs., 330 y sigs., 554 y sigs.; contra el asco y la vergüenza, 163 y sigs.; mecanismos de, 167 y sigs.; exitosa, 167 y sigs.; patógena, 169 y sigs.; estadios preliminares de la, 170; mecanismo de— y desmayo, 170, 292; contra los afectos, 189 y sigs., 535 y sigs.; manifestaciones de la, 197 y sigs.; e instinto en la histeria de angustia, 245 y sigs.; y musculatura, 283 y sigs.; e instinto en los síntomas neurótico-obsesivos, 307 y sigs.; mecanismos de— en la neurosis obsesiva, 308 y sigs.; (la) contra los síntomas, 507 y sigs., 511 y sig., 613; relatividad de los conceptos de— e instinto, 531, 582; contra la angustia, 535 y sigs.; fijación en ciertos mecanismos de, 583 y sig.; elección de mecanismos de, 584 y sigs.; "transferencia de—", 584 y sig.; caracterológicas, 531 y sigs.
 Deformación, recursos de, 40 y sig., 251; por regresión, 231.
 Déjà vu, 172 y sig.
 Delgadez patológica, 298.
 Delincuencia, 417 y sig., 421 y sig., 563 y sig.; juvenil, 421 y sig.
 Delirantes (ideas), véase Ideas delirantes.
 Delirio (s), y fobia, 243; hipocondríaco, 301; religioso, 477; naturaleza del, 479 y sigs.; de persecución, 479 y sigs.; de influencia, 482 y sigs.; litigante, 485 y sig.; en la mujer, 487 y

- sig.; y sueños diurnos, 497; y obsesión, 307; (los) en la melancolía, 448.
- Delirium tremens, 429; compulsivo, 574.
- "Demencia precoz", 474, 494; véase también Esquizofrenia.
- Deinoniaca (una neurosis), 651.
- Demóstenes, 357.
- Dentista, fobia al, 579.
- Dependencia, goce a causa de la— de parte del partenaire, 402; y erotismo oral, 549; véase también Control pasivorreceptivo.
- Deporte, 541, 620.
- Depresión, el modelo normal de la, 129, 440; (la) en las neurosis traumáticas, 148, 149; (la) primaria en los niños, 148, 453 y sigs.; rechazo de la comida en la, 177, 438; la fatiga como equivalente de, 286 y sig.; la anorexia como equivalente de, 298; y afán de viajar, 415 y sig.; e impulsos patológicos, 415, 436, 454 y sig.; (la) y "el día después", 426, 427, 428; y alcoholismo, 427 y sigs.; naturaleza de la, 436 y sigs.; y autoestima, 436 y sigs., 446 y sigs.; neurótica y psicótica, 437 y sig., 441 y sig.; el erotismo oral en la, 438 y sigs.; bosquejo de los problemas de los mecanismos de la, 439 y sigs.; y duelo, 442 y sigs.; la introyección patognomónica en la, 446 y sigs.; el conflicto entre superyó y yo en la, 447 y sigs.; el suicidio en la, 449 y sigs.; la regresión decisiva en la, 449 y sigs.; etiología diferencial en la, 453 y sigs.; menstrual, 462; resumen histórico de los problemas de la, 462 y sigs.; la terapia en la, 463 y sigs.
- Derecha e izquierda, significado simbólico de, 258.
- DERÍ (Frances) [Bibl. 308, 309], sobre sublimación, 168; sobre insomnio, 222; sobre coprofilia, 395; sobre sumisión, 398; bibliografía, 670.
- Derivado (s), definición del, 30 y sig.; las reacciones emocionales intensas como, 35; interpretación del, 39; la producción de, 169, 175; represión del, 175 y sigs.; y síntomas, 225 y sig.; los sueños diurnos como, 250; la hipersexualidad como, 272; las obsesiones como, 307; las compulsiones como, 307.
- Dermatosis, 292 y sigs.
- Dermografía, 292.
- "Derrumbe nervioso", 507 y sig., 511, 615, 630.
- Desaparición (dejar la) de partes indescendibles del mundo, 341.
- Descarga (movimientos de) y acción, 58 y sigs., 362, 414 y sig.
- Descargas de emergencia, 34, 59, 141 y sig., 158, 218, 283.
- Descaro, 192 y sig.
- "Desconexiones" (historia clínica), 185 y sigs.
- Desdoblamiento, del yo, 157, 171, 185, 341 y sigs., 350, 388, 558, 633 y sig.; de la personalidad, 184 y sigs., 256.
- Desengaño (el) como factor precipitante de neurosis, 508.
- Deseo (s), condicionamiento cultural de los, 20, 519, 593 y sig.; psicología de los, 70; realización alucinatoria de, 65, 170, 437, 678, 568; de restablecimiento, 413, 600, 638 y sig.; y miedo, 227.
- Desexualización, 168 y sig., 210.
- Desgracia, mejoría de una neurosis a continuación de una, 611.
- Desintegración del yo, véase Regresión del yo, y Escisión del yo.
- Desmayo (el), como modelo de defensa, 53, 142 y sig., 170, 260, 494; (el) como sintoma neurótico, 290 y sig.
- Despecho, y enuresis, 269; y espasmos, 285; agravaciones y mejorías pnr, 622; en la transferencia, 622 y sig.
- Despersonalización, 189, 468, y 469 y sigs.
- DESPERT (J. Louise) [Bibl. 310], 487, 670.
- Desplazamiento, de la energía psíquica, 27 y sig., 76 y sig., 169; (el) como medio de deformación, 40, 175 y sig.; del erotismo anal, 95; del acento del yo, 107; de los afectos, 191 y sig.; (el) en la histeria de angustia, 277 y sig.; (el) y el conflicto de la ambivalencia, 231; factores determinantes de las vías de, 231; a un pequeño detalle, 325, 330 y sig., 339, 485 y sig.
- Destino, "neurosis del—", 559, 564 y sig., 604.
- "Destronamiento" de los padres, 133.
- Destrucción del mundo (fantasías de), 468 y sig.; imaginaria (reparación de la), 182.
- Destruutivo (s), impulsos— en los niños, 54 y sig., 107 y sig.; instinto, 108 y sigs.; fines— en el erotismo anal, 86 y sig.
- Destruir (afán de), fuentes del, 93 y sig.; y sublimación, 168 y sig.; y reparación, 182; (el) en la epilepsia, 305

- y sig.; véase también Agresividad, y Destructivo (s).
- Desvalorización (la) de los impulsos, como factor precipitante, 508.
- Desventaja, psicoanálisis de personas que se encuentran en una situación especial de, 641.
- Desvergüenza, 192 y sig.; y sentimiento de culpa, 191.
- Detalle, desplazamiento a un pequeño, 325 y sig., 330 y sig., 339, 485.
- Detención de una neurosis, 613.
- Determinismo histórico de... véase Histórico (determinismo).
- DEUTSCH (Félix) [Bibl. 311 al 318, —1555], sobre anorexia, 206, 298; sobre conversiones, 255, 263; sobre equivalentes del afecto, 273; sobre la fisiología de los afectos, 274; sobre cambios físicos psicogénicos, 276, 298; sobre asma, 288; sobre neurosis cardíacas, 290; bibliografía, 671, 715.
- DEUTSCH (Helene) [Bibl. 319 al 333], sobre masoquismo, 112, 409; sobre aflicción postergada, 190, 445; sobre frigidez, 287; sobre perturbaciones psicogénicas del embarazo y el parto, 204; sobre fobia a los animales, 231, 290; sobre agorafobia, 239 y sigs., 447; sobre el tic, 362; sobre homosexualidad femenina, 382, 384; sobre manía, 460, 464; sobre periodicidad menstrual, 462; sobre éxtasis, 472; sobre ideas paranoides, 479; sobre la conducta "como si" en los esquizoides, 498, 533, 593; sobre deporte, 541; sobre neurosis del destino, 559, 564, 604; sobre pseudología, 590; bibliografía, 671.
- DEXTER (Lewis A.) [Bibl. 334], 286, 617, 671.
- Diabetes, 295 y sig.
- Diafragma (espasmos) del, 284.
- Diarrea, en la neurastenia, 219; histérica, 253, 561; en los neuróticos obsesivos, 353.
- Dibujos abstractos, 339.
- Didáctico (análisis), 44 y sig.
- Dientes, y sadismo, 84; rechinar los, 305.
- Dinero, y heces, 320 y sig., 544; temor de perder, 438.
- Dinámico-a, —psíquica, 25 y sigs., 37; diagnóstico—, 500 y sig., 628, 559; la comprensión— en psicoterapia, 622, 628 y sig.
- Dios, idea delirante de ser, 472; y el empleador, 549; véase también Religión y Religioso.
- Dirección de los fenómenos mentales, 27.
- Discusiones entre los padres (impresión en los hijos por las), 114.
- Disimulación en las células, e instintos, 79.
- Disposición, véase Predisposición.
- Distonía, neurótica, 284 y sigs., 491; de la respiración, 287 y sig.; y motilidad inconsciente, 283 y sigs.; perturbaciones de la sensibilidad, 285 y sig.
- Distracción (necesidad de), 244 y sig.
- Dividir el yo, mediante la interpretación, 39 y sig., 633 y sig.; en núcleos del yo, 56.
- Doble, "—toma", 191; personalidad, 256; del yo, 344; aspecto de los fenómenos cómicos, 541.
- Dolor, (el) como obstáculo para la producción de asociaciones libres, 37; (el) como fuente de excitación sexual, 81, 94, 292, 404, 405 y sig.; de cabeza, véase Cabeza (dolor de).
- DOLLARD (John) [Bibl. 335], 77, 671.
- "Domingos (neurosis de los)", 230, 528.
- Dominio activo, pasivorreceptivo, véase Control.
- Don Juan, 279 y sig.; (el) del éxito, 560 y sigs.
- DOOLEY (Lueille) [Bibl. 336 al 338], 239, 322, 324, 408, 671.
- Dora (la paciente de Freud), 256 y sig., 258.
- Dorian Gray, 448, 450.
- Dormir, (el) y el sistema motor, 30, 260 y sig.; (el) y el hambre en el lactante, 50; el yo y el ello en el, 71 y sig.; (el) y la relajación, 144, 219 y sigs.; perturbaciones del, 144 y sig., 217 y sig., 219 y sigs.; y tentación instintiva, 221 y sig.; (el) y la expectación de castigo, 222 y sig.; fobia al, 221 y sigs.; rituales del, 222, 307; (el) y los estados arcaicos del yo, 248; (el) y las alucinaciones, 478.
- Dramatización, 538, 588, 605.
- DREYFUSS (Karl) [Bibl. 339, 340], 142 y sig., 304, 671.
- Drogas, adición a las, 423 y sigs.; efectos químicos de las, 424; en la psicoterapia, 620.
- DRUECK (Charles J.) [Bibl. 341], 293, 582.
- Dudas, como resistencia, 43; obsesivas, 332, 337 y sig.
- Duelo (trabajo de), 36, 443 y sig., 636; naturaleza del, 190, 442 y sigs.; postergación del, 190 y sig., 444 y sig.; equivalentes del, 192; y depresión, 442 y sigs.
- DUNBAR (Flanders) [Bibl. 342, 343],

- 275 y sig., 286, 290, 298 y sig., 564, 672.
- DUNN (William H.) [Bibl. 344], 290, 672.
- Duración del tratamiento psicoanalítico, 636 y sig.
- E
- Economía mental, 27 y sig., 141, 150.
- Ecolalia, 475, 490 y sig.
- Ecopraxia, 475, 490 y sig.
- Edad, de un paciente y tratamiento psicoanalítico, 639 y sig.; avanzada, el psicoanálisis en la, 640 y sig.
- ELDER (M. D.) [Bibl. 346 al 348], 127, 630, 672.
- EDDISON (H. W.) [Bibl. 345], 459, 672.
- Edema de Quincke, 291.
- Edípicos, introyección de los objetos, 126 y sig.
- Edipo (complejo de), véase Complejo de Edipo.
- Educación, eficacia de la, 621, 624, 647 y sig.; peligros de la, 648 y sig.; condicionamiento social de la, 649 y sigs.; inconsecuencia en la, 573, 579 y sigs., 651 y sigs.; moderna, 649 y sig.
- Egotismo, del niño, 54; libidinoso, 76.
- EIDELBERG (Ludwig) [Bibl. 349 al 353], 213, 371, 405, 569, 672.
- Eidético-a (s), investigación, 52; tipos, 71.
- EISENBUD (Jule) [Bibl. 354], 177, 672.
- EISENDORFER (Arnold) [Bibl. 355], 116 y sig., 573, 672.
- EISLER (Michael Josef) [Bibl. 356 al 359], sobre perturbaciones psicogénicas del embarazo y el parto, 204, 285; sobre eritrofobia, 210, 233; sobre insomnio, 219; sobre equivalentes de la masturbación, 267, 311, 361, 363; sobre envidia a los hermanitos, 548; bibliografía, 672.
- EISSLER (Kurt R.) [Bibl. 360 al 363], sobre erotismo vaginal, 101 y sig.; sobre anorexia, 206, 298; sobre psicoanálisis en la esquizofrenia, 495, 501 y sig.; sobre tratamiento de shock, 631 y sig.; bibliografía, 672.
- EITINGON (Max) [Bibl. 364], 76, 672.
- Ejemplos, buenos, 108, 558; malos, 103, 555 y sig.
- Ejercicios físicos, valor terapéutico de los, 619.
- EKMAN (Tore) [Bibl. 365], 532, 673.
- "Elaboración analítica" (*working through*), 45, 625, 636.

- Elasticidad mental, 601; o rigidez de una persona, 638, 645.
- Elección, de órgano en la histeria de conversión, 263 y sig.; de neurosis, 346 y sigs., 366, 381, 412 y sig., 494 y sig., 583 y sigs.; de mecanismos de defensa, 583 y sigs.
- Electroencefalograma, 304.
- ELIASBERG (Wladimir) [Bibl. 366], 396, 673.
- Eliminación y retención, 283.
- ELMORE (Elliane) [Bibl. 367], 261, 673.
- Ello, definición del, 30 y sig.; relación del— con el yo, 30, 154 y sigs.; relación del— con el superyó, 130 y sig., 157 y sig.; (véase también Superyó arcaico); conducta patológica frente al, 532 y sigs.; véase también Instintos.
- Embadurnar (se), el placer de, 87, 91, 104; el acto de— en la esquizofrenia, 488; véase también Introyección por la piel.
- Embarazo (el) como incorporación, 111; resistencia psicogénica al, 204; fantasías de— y perturbaciones en la comida, 119; fantasías de— y tumor, 295; "antojos" durante el, 430.
- Embriaguez periódica, 428; véase también Alcohólicismo.
- EMERSON (L. E.) [Bibl. 368, 369], 305, 583, 673.
- Emocional (es), ataques, 34 y sig., 143; frigidez, 189, 212, 529, 532 y sigs.; inhibiciones, 212, 529, 532 y sigs.; conflicto— y perturbaciones funcionales, 255; véase también Afectivo.
- Emociones inconscientes, 31; (las) como derivados, 35; y percepciones, 55 y sig.; e ideas en la represión, 177 y sig.; aislamiento entre las— y las ideas, 233 y sig., 193, 327, 351; miedo a las, 212, 529, 534 y sig.; (las) en la catatonía, 476, 490; (las) en los esquizoides, 498 y sig.; lógica de las, 512, 532 y sig., 643.
- Empatía, 105 y sig., 361, 570.
- Empleador (el) y Dios, 549.
- Empobrecimiento de la personalidad, por efecto de contracatexis, 214 y sig., 520 y sigs.; inhibición general por, 186 y sigs., 614.
- Enamoramiento, 107.
- Encefalitis, 297.
- Encubridores (as), experiencias, 148, 172, 392, 589 y sig.; recuerdos— y perversión, 371.
- Enemas, 297 y sig., 346.

- Energía psíquica, concepto de, 25; medición de la, 28.
- Enferma (persona), psicología de la, 295 y sig., 300.
- Enfermedad (cs) (fobias a las), 229, 301; (la) como factor precipitante en la neurosis, 509 y sig.; cura de una neurosis por una, 611.
- ENGLISH (O. Surgeon) [Bibl. 370, —1573], 298, 628, 673, 716.
- Enigmas (acertijos), 344.
- Enriquecerse (afán de), 544.
- Ensayo, conducta de, 64, 250, 336 y sigs.; identificación de, 569; el pensamiento como acción de, 64 y sig., 250, 335 y sigs.
- Enterrado vivo, temor de ser, 237.
- Entierro, costumbres de, 443.
- Enuresis, (la) como fenómeno crótico-uretral, 89, 268, 549 y sig.; y frigidez, 203; y temor de dormir, 221; (la) como síntoma de conversión, 268 y sigs.; y masturbación, 268 y sig.; y formación del carácter, 549 y sig., 596 y sigs.
- Envenamiento, (ideas de), 243, 448.
- "Enviaciamiento" en la masturbación, 97.
- Envidia, véase Oral (envidia), Pene (envidia del), Parto (envidia del).
- Epilepsia, 304 y sigs.
- Epilépticas, convulsiones, 304 y sigs.; reacciones, véase Reacciones epilépticas.
- Episodios, esquizofrénicos, 466; psicóticos y psicosis crónicas, 466, 500 y sig.
- Equilibrio, erotismo del, 91 y sig., 235 y sigs., 248, 332, 364, 606; sensaciones del— y angustia, 91, 235 y sigs.; neurótico, 145; erotismo del— e histeria de angustia, 235 y sigs.; fobia al, 235 y sigs.; erotismo del— y masturbación, 248; erotismo del— y compulsiones de simetría, 331 y sig.; el erotismo del— en el tic, 364; erotismo del— y temor a la propia excitación, 606 y sig.
- Equivalente(s), la anorexia como— de depresión, 298; la fatiga como— de depresión, 286 y sig.; de la masturbación, 97, 258, 267 y sig., 310, 361, 363; de la aflicción, 192; del amor, 192, 273 y sigs., 533, 592.
- Erección, simbolismo de la, 254, 258.
- ERICKSON (Milton H.) [Bibl. 371 al 378], 623, 626, 673.
- ERICKSON-HOMBURGER (Erik) [Bibl. 379, 380], 52, 239 y sig., 673.
- Eritrofobia, 135, 210, 232, 358, 580.
- Erogencia general del cuerpo, 75, 80 y sig., 250.
- Erógeno-a (s), zonas, 75, 80 y sig.; zonas— y constitución, 85; masoquismo, 94, 292, 403, 405 y sigs.; placer— y anulación, 182.
- Eros, 78 y sigs.
- Erótico-cas, necesidades— y narcisísticas, 58, 105 y sig., 110, 358, 414 y sigs., 421 y sigs., 436 y sigs., 446 y sigs., 561, 593 y sigs., 624; sentido— de la realidad, 106; tipo, 585 y sig.
- Erótico-uretrales (perversiones), 395 y sig.
- Erotismo, véase Oral (erotismo), Anal (erotismo), etc.
- Erotomanía, 484.
- Errores, 27, 225, 256, 353.
- Escara del yo en la esquizofrenia, 505.
- Escatológicos (rituales), 313.
- Escena primaria, 92, 114 y sig., 222, 247 y sigs., 363 y sig., 392, 459, 475, 604 y sigs.; sustitutos de la, 114; e insomnio, 222; y tic, 363 y sig.; y manía, 459.
- "Escépticismo (benévolo)", 643.
- Escoptofilia, el sadismo en la, 91, 211, 233, 262, 393, 548 y sig.; y erotismo oral, 91, 233, 262, 393, 548 y sig.; (la) como instinto parcial, 91 y sig.; represión de la, 92, 207 y sig.; y vergüenza, 164 y sig.; inhibición de la, 207 y sig.; y curiosidad, 211; (la) en la agorafobia, 232; (la) en la histeria, 261 y sig.; y miopía, 294; y exhibicionismo, 390 y sig., 391; (la) como perversión, 391 y sigs.; y despersonalización, 471.
- Escritores (calambre de los), 213, 259.
- Escuela (fobia a la), 211 y sig.; (la) como institución social, 649.
- Esfera sin conflicto, 70.
- Esfínteres, significado del control de los, 87, 318 y sigs., 544 y sigs.; "moral de los—", 125 y sig.; desplazamiento del espasmo de los, 258 y sig., 284 y sig., 554; educación de los, véase también Hábitos higiénicos.
- Esfuerzo, síndrome de, 290.
- Espacio, experiencia del— en el bebé, 55; sexualización del sentido del, 91 y sig., 236 y sigs.; véase también Erotismo del equilibrio.
- Espasmos, histéricos, 258 y sig.; órgano-neuróticos, 283 y sigs.
- Espástico (colon), 282.
- Esperar (incapacidad de), 262, 415, 423, 424 y sigs., 430, 544, 565 y sigs., 607.
- Esquizofrenia, e hipocondría, 300, 469 y sigs.; (la) como agrupación nosológica, 466 y sigs.; aspectos psicológicos

de la, 467 y sig.; la constitución en la, 467 y sig., 494 y sig.; síntomas de regresión en la, 468 y sig.; sensaciones corporales en la, 469 y sig.; la megalomanía en la, 472 y sig.; el pensamiento en la, 472 y sig.; negativismo en la, 469, 475; síntomas de restitución en la, 476 y sig.; las alucinaciones en la, 477 y sig.; los delirios en la, 479 y sig.; ruptura con la realidad en la, 478 y sig., 492 y sig.; relaciones objetales y sexualidad en la, 488 y sig.; el lenguaje en la, 489; (la) en los niños, 495; y trastornos maniaco-depresivos, 495; el pronóstico en la, 500 y sig.; la terapia en la, 501 y sig., 643 y sig.; perplejidad en la, 471; hulinia neurótica en la, 488; la simulación en la, 498; escara del yo en la, 505; la hostilidad en la, 469.

Esquizofrénico-a (s), episodios, 150 y sig., 466, 494 y sig., 500 y sig.; (los) en potencia, 496; capitulación, 474, 500.

Esquizoídes, personalidades, 496 y sig., 586, 592 y sig.; "neuróticos obsesivos—", 497 y sig.; caracteres— (la terapia analítica en los), 504 y sig., 643 y sig.; "rareza" de los, 498 y sig.

Estacionarias y progresivas (neurosis), 243 y sig., 348, 613 y sig.

Estadísticas sobre los resultados terapéuticos del psicoanálisis, 646 y sig.

Estados de sueño histéricos, 259 y sig.

Estados tóxicos (los) como factor precipitante en la neurosis, 509.

Estancamiento de las neurosis, 613 y sig.

Estancamiento (estado de), 33 y sig., 198, 216 y sig., 273 y sig., 299.

Estereotipias, 476, 490, 498.

Esterilidad psicogénica, 204.

Estigmas histéricos, 254.

Estimulación (la) como factor precipitante en la neurosis, 508 y sig.

Estimular a otros, en la lucha contra la angustia, 538.

Estímulos, hambre de, 51, 77, 78; los— mecanismos como fuente de excitación sexual, 81; los— sensoriales como instintos, 73; control de los, 32 y sig.; externos durante la hora analítica, 37.

Estrangulados (afectos), 274 y sig.

Estrategia y táctica (una duda obsesiva acerca de), 325.

Estrechez (la), en la claustrofobia, 454; en la agorafobia, 238.

Estructura, individual e instituciones sociales, 19 y sig., 519, 524 y sig., 544 y sig., 563 y sig., 593 y sig., 649 y sig.;

(la) mental, 30 y sig.; (la) y las aptitudes en potencia, 80.

Estructurales (conflictos) e instintivos, 155.

Estupor catatónico, 468, 472, 501 y sig.

Eternidad, miedo a la, 239.

Éticos (principios), véase Principios e ideales.

Etiología, diferencial, de las neurosis obsesivas, 346 y sig.; de las neurosis de conversión pregenital, 366; de la homosexualidad, 381; de las perversiones, 412; de los trastornos maniaco-depresivos, 453 y sig.; de la esquizofrenia, 494 y sig.; de los tipos de carácter, 583 y sig.; de las neurosis y condiciones sociales, 651 y sig.

Eunucoídismo, 297.

EVANS (E.) [Bibl. 381], 292, 673.

Evitaciones específicas, 198; véase también Inhibiciones.

Evolución clínica de las neurosis, 243 y sig., 347 y sig., 609 y sig.

Exageraciones neuróticas, 175, 307, 430 y sig.; véase también Obsesiones.

Exámenes, temor a los, 233 y sig., 580.

Excéntricos, 488, 568.

"Excepción, tipo de carácter de", 557.

Excitación, naturaleza de la— sexual, 29, 237, 273 y sig.; temor a la propia, 61 y sig., 159, 199, 202 y sig., 229 y sig., 235 y sig., 242, 400, 605 y sig.; quimismo de la, 73, 75, 273 y sig.; temor a la propia— e impotencia, 199; temor a la propia— y frigidez, 202 y sig.; sexual y caída, 229; temor a la propia— en la historia de angustia, 235 y sig.; temor a la propia— y miedo a la muerte, 242.

Excreción, sobreestimación mágica de la, 84, 341, 488.

Excrementos, véase Heeces.

Exhibicionismo, (el) como instinto parcial, 92; el narcisismo en el, 92, 232 y sig., 358, 390 y sig.; y complejo de castración, 92, 232 y sig., 390 y sig.; y vergüenza, 164; inhibiciones del, 207; (el) en la agorafobia, 232; la magia en el, 232 y sig., 359, 390 y sig.; la agresividad en el, 233; y erotismo en la piel, 293 (el) en la mujer, 358, 391 y sig.; (el) en el tartamudeo, 100 y sig.; (el) en el tic, 361; en el transvestismo, 389; y escoptofilia, 390 y sig., 392; perverso, 390 y sig.; de la fealdad, 391 y sig., 409 y sig.; y masoquismo, 409 y sig.; y angustia social, 580 y sig.

Exigencias orales, 546 y sig.; véase también Erotismo oral.

Éxito, "los que fracasan con el—", 213, 511, 559; (el) como factor precipitante en la neurosis, 510 y sig.; y sentimiento de culpa, 560 y sig.; (el) como terapia, 612; y erotismo anal, 431; el Don Juan del, 560 y sig.

Exogamia, 416 y sig.; neurótica, 572.

Experiencias encubridoras, véase Encubridora (aa).

Experimental, neurosis, 33 y sig.

Expiación, idea de, 181; la terapia como, 620.

Extasis, 57, 472.

Externo (s), estímulos— durante la hora analítica, 37; beneficios secundarios provenientes del mundo, 515.

Extorsión, al destino, 332; para el logro de suministros narcisísticos, 409 y sig., 415 y sig., 419, 424 y sig., 433, 436 y sig., 440, 445 y sig., 450 y sig., 555, 559, 568.

Extrañamiento, del propio cuerpo, 210, 264, 286, 345, 470 y sig.; sensación de, 212, 468 y sig., 540; de órganos, 300, 470; de los propios sentimientos, 212, 468 y sig.

Extraños (los) y la madre, 104 y sig., 110.

Extrasístoles, 290.

Extravertidos e introvertidos, 534, 586.

Extremidades alucinadas, 51 y sig.

Eyacuación precoz, 89 y sig., 210, 222, 268, 550.

Eyacuación retardada, 202, 547.

F

Facial (expresión), 361 y sig., 476, 490.

"Facilitación somática", 263 y sig., 276, 366, 412.

Factores precipitantes, véase Precipitantes (factores).

Fálico-a (e), orgullo, 97 y sig.; impulsos— en el tartamudeo, 355 y sig.; la mujer, 374 y sig., 387 y sig., 391; carácter, 375, 553; sadismo, 403 y sig.

Fálica (fase), (la) en el varón, 95 y sig.; (la) en la sexualidad adulta, 96 y sig.; (la) en la niña, 101 y sig.; debilidad de la, 346.

Falo ("niña con—"), 376, 389, 396.

FALSTEIN (Eugene J.) [Bibl. —866], 234, 688.

Familia, y complejo de Edipo, 115, 119 y sig., 572 y sig.; moral de, 117; "novela de—", 118, 391; educación de,

118 y sig.; y formación del carácter, 572 y sig.; la— como institución, 649.

Fantasia (s), y realidad, 67 y sig., 84; definición de la, 67 y sig.; (la) en la masturbación, 96 y sig.; negación en la, 171, 176 y sig., 589 y sig.; intrauterinas, 234; y mentir, 173, 588 y sig.; (la) en la histeria, 251 y sig., 588 y sig.; primarias, 115; identificación con objetos de la, 256 y sig.; fuga hacia la, 534 y sig., 586, 588 y sig.; sobre la muerte, 450 y sig.; véase también Introversión.

Fantásticos, identificación con objetos, 256 y sig.; sistemas— en el masoquismo, 405; véase también Fantasia.

Faringitis psicogénica, 275.

Farmacopsicoanálisis, 427.

Farmacológico-a, anhelo, 425 y sig.; impotencia, 426 y sig., 428.

FARROW (A. Pickworth) [Bibl. 383, 383], 645, 674.

Fascinación, 53, 475, 568; la imitación en la, 53.

Fatiga, postergación de la, 191; crónica, 216 y sig., 286 y sig.; histérica, 261; y distonía, 286 y sig.; (la) como factor precipitante de neurosis, 509; (la) como equivalente de depresión, 286 y sig.

FAULKNER (William B.) [Bibl. 384], 205, 674.

Fe, 612, 624.

Fealdad, miedo a la, 230, 232; exhibicionismo de la, 391 y sig., 409 y sig.; y masoquismo, 409 y sig.

FECHNER (Gustavo Teodoro), 26, 28 y sig.

Federico Guillermo de Prusia, 403, 440.

FEDERN (Paul) [Bibl. 385 al 397], sobre las "compulsiones del empedrado", 187; sobre pseudo-debilidad, 210 y sig., 641; sobre neurastenia e histeria, 223, 226 y sig.; sobre estados pasados del yo, 257; sobre rituales de umbral, 328; sobre elección de neurosis, 346; sobre sadismo fálico, 403 y sig.; sobre melancolía, 464; sobre sentimiento del yo, 470; sobre psicoanálisis de la esquizofrenia, 502 y sig.; bibliografía, 674.

FEIGENBAUM (Dorian) [Bibl. 398 al 402], 174, 264, 464, 471, 479, 502, 586, 674.

Felacio, 264, 396.

FELDMANN (Sandor) [Bibl. 403 al 406], 210, 478, 494, 580, 674.

Femenino-a (s), observación de los genitales— por el varón, 98; miedo a la

castración de tipo— en el varón, 99, 391; y masculino, 103 y sig., 372 y sig., 525, 563; complejo de castración, 102 y sig., 122 y sig., 551 y sig.; zonas erógenas, 103 y sig.; desarrollo de la receptividad, 111 y sig.; sexualidad— y masoquismo, 112, 407; el "tipo vengativo" de complejo de castración, 204, 205, 252, 281, 391, 417, 552, 570; interés por la sexualidad— de parte del hombre, 379 y sig.; homosexualidad, 381 y sig.; el tipo de "realización de lo deseado" de complejo de castración, 383, 388, 552 y sig.; fetichismo, 388 y sig.; transvestismo, 389 y sig.; exhibicionismo, 391 y sig.; masoquismo, 407; ideas delirantes en el sexo, 487; rasgos de carácter— y masculinos, 60; el superego, 525.

Feminidad, y erotismo anal, 87, 316, 377; (la) en el hombre, 99 y sig., 117, 157 y sig., 316 y sig., 376 y sig., 379 y sig., 407 y sig., 563, 575, 607; y masoquismo, 112, 407; y masculinidad, 373, 525, 563; amor a la propia— en el narcisista varón, 376.

FENICHEL (Otto) [Bibl. 401 al 446]. aburrimento, 29, 216, 621; *acting out*, 423, 436, 564 y sig., 592, 604, 635; afán de enriquecerse, 544; aislamiento, 183 y sig., 326 y sig.; análisis del carácter, 593 y sig., 599 y sig.; asco (ataques de), 164; autoridad, 549; café (salón de), 245; castigo (necesidad de), 559; celos, 485, 570; chivo emisario, 555; complejo de Edipo (formas específicas de), 113, 267 y sig., 573; compulsión de repetición, 604; conflictos instintivos, 155; constancia (principio de) y hambre de estímulos, 50; contrafóbicas (actitudes), 62 y sig., 180, 193, 201, 245, 301, 536, 577; defensas del carácter, 520 y sig., 527; desmayo, 170; despersonalización, 470 y sig.; distonía, 210, 284 y sig., 286; educación (recursos de la), 621 y sig., 647 y sig.; encubridoras (experiencias), 171 y sig., 371, 589; equilibrio (erotismo del), 91, 235 y sig.; escopofílicos (temores), 92, 207 y sig.; estadísticas terapéuticas, 646; *actiag out*, 423, 435, 564 y sig., 592, 604, 635; fetichismo, 386; fijaciones del yo; 583; fobias, 235 y sig.; frigidez, 204; histeria (la introyección en la), 264; homosexualidad femenina, 384; homosexualidad reactiva, 540; identificación, 54, 132, 255, 447; insomnio, 220, 263; instinto de muerte, 78; instintos (mic-

do a los), 61; lectura obsesiva, 539; luna (simbolismo de la), 260; llanto, 252 y sig., 550; "mandato de recordar", 172, 370; masculinidad (en la niña), 104; masoquismo moral, 559 y sig.; masturbación compulsiva, 433, mentir, 173, 325, 590; actuar como en un tablado y miedo al tablado, 233, 359, 588; miedo de ser comido, 83, 490; miopía, 294; muerte (instinto de), 78; neurosis (génesis social de las), 651 y sig.; neurosis traumáticas y psico-neurosis (combinaciones de), 605; "niña con faló" (la), 373, 389, 396; objetales (representaciones), 299; objeto (elección narcisística de), 376; ojo (introyección por el), 92, 104, 241, 264, 549; "oráculo mal interpretado", 194, 344; oral (sadismo), 83 y sig.; pre-édipicas (relaciones), 112, 272, 552; pseudo-relaciones de objeto, 566; pseudo-sexualidad, 577; represión de sensaciones, 210, 284, 285 y sig., 470 y sig.; represión de sentimientos de culpa, 559; respiratoria (introyección), 93, 104, 288, 301, 364 y sig., 387; risa (ataques de), 252; suministros condicionales, 58; sumisión extrema, 398; técnica (problemas de), 46, 582, 635 y sig.; tos nerviosa, 289; transvestismo, 389; trauma, 59, 145, 604 y sig.; triunfo, 62, 378, 398, 411, 457 y sig.; vaginal (erotismo), 101 y sig.; vergüenza, 164 y sig.; yo (el) y los afectos, 35, 60, 507; yo razonable (instauración de un) previamente al análisis, 642 y sig.; bibliografía, 674 y sig.

FERENCZI (Sandor) [Bibl. 447 al 513]. abreacción, 618; abuelos (significado de los), 121; alcoholismo, 427; anal (erotismo), 88; aptitudes (olvido del), 263; "baño turco" (método del), 622; bloqueo de toda actividad, 209; catarsis, 625; catatonía, 491; compulsión de lavarse, 320; compulsiones de simetría, 328, 332; creencia y convicción, 211; criminalidad, 563; curiosidad, 92, 548; depresión, 464; derecha e izquierda (ideas de), 258; dinero (significado simbólico del), 321; espasmo esfintérico desplazado, 258; esquizofrenia (factores precipitantes en la), 494; exhibicionismo (uso del) para ahuyentar, 92, 206, 361, 391; eyaculación precoz, 90; flato (de la voz), 357; fetichismo, 386; genitalidad (origen de la), 95; genitalización histérica de órganos, 253 y sig., 263; globo histérico, 264

hipertono neurótico, 284; hipnosis, 587, 623; histérica (genitalización), de órganos, 263; histérica (materialización), 251, 253 y sig.; histéricos (estigmas), 254; homosexualidad, 375, 377; identificación múltiple, 256; impotencia, 199; introyección, 175; lavado compulsivo, 329; llanto mágico, 357; locuacidad, 355, 538; masturbación, 96, 311; masturbación (equivalentes de la), 311; materialización histérica, 251, 253 y sig.; Medusa (la), 207; miedo a los sastres, 576; miedo al tablado, 233, 358, 391; "moral de los esfínteres", 125; moral (génesis de la), 125; neurastenia, 222; neurosis actuales y psiconeurosis, 223; neurosis "de los domingos", 230, 528; neurosis y perversiones (combinaciones de), 412; obsesiones placenteras, 431; obsesiones religiosas, 342; omnipotencia, 56, 64, 336 y sig., 357; omnipotencia de las palabras, 336 y sig., 354 y sig.; omnipotencia de los pensamientos, 336 y sig.; palabras obscenas, 336 y sig., 355, 396; parálisis general, 296; paranoia, 479; patoneurosis, 296, 509; pene = cuerpo, 553; pene (envidia del), 122; pensamiento (el) como acción de ensayo, 251; pensamiento y movimientos, 64, 251; psique (la) como órgano inhibidor, 25; realidad (sentido de la) desarrollo del, 51, 171, 478, 507; realidad (sentido erótico de la), 106; realización alucinatoria de deseos (abandono de la), 171, 507; simbolismo, 66; social (consideraciones de orden), en los análisis, 118, 653; técnica activa, 435; tie, 361, 362 y sig.; transferencia, 622; trauma, 603; vergüenza, 164; visión (perturbaciones histéricas de la), 261 y sig.; yo razonable (instauración de un) previamente al análisis, 643; bibliografía, 675 y sig.

Ferrocarriles, fobia a los, 234 y sig.; interés obsesivo por los, 539.

FESSLER (Ladislaus) [Bibl. 514], 148, 676.

Festivales, (los) como institución, 459 y sig.; y manía, 460.

Fetichismo, y juicio de realidad, 156 y sig., 338; desdoblamiento del yo en el, 171, 388; (el) como ejemplos de perversión, 370; (el) como entidad nosológica, 385 y sig.; (el) en la mujer, 388 y sig.; y masoquismo, 409; y eleptomanía, 418; de las picles, 386; del cabello, 386, 394.

Feudalismo, 652.

Fiebre y sexualidad infantil, 229, 255.

Fijación, del yo, 71 y sig., 82, 583 y sig.; el concepto de, 84 y sig.; y regresión, 84 y sig., 188, 346 y sig.; causas de la, 85 y sig., 346 y sig., 455, 584; en la fase sádico-anal, 346 y sig.; en la perversión, 369 y sig., 413; infantil en la homosexualidad masculina, 376; sádica, 403; masoquista, 406; causas de la— oral, 455; narcisística, 494, 592 y sig.; (la) y la forma general del carácter, 523 y sig.; (la) en los estadios preliminares del amor, 568 y sig.; en determinados mecanismos de defensa, 583 y sig.

"Filoanálisis", (Burrow), 630.

Fin, de los instintos, 73.

Financiera (compensación), 151, 515.

FINESINGER (Jacob E.) [Bibl. 515], 287, 676.

FISCHER (Edmund) [Bibl. 516], 644 y si., 677.

Física (s), actitud— del neurótico obsesivo, 345 y sig.; armadura, 345; sensaciones, 511 y sig.

Fisioterapia, 619.

"Fisonomista (el)" (caso de Schilder), 483.

FLETCHER (John M.) [Bibl. 517], 26, 677.

Flexibilidad, limitaciones de la— del yo, 520 y sig., 526 y sig.; o elasticidad de una persona, 639, 645.

FLIESS (Robert) [Bibl. 518], 569, 677.

FLUEGEL (J. C.) [Bibl. 519 al 523], sobre vestidos, 52; sobre pseudo-debilidad, 211; sobre miedo al tablado, 233, 358 y sig.; sobre miedo a los exámenes, 234, 580; sobre significado fálico del habla, 341, 355; sobre sacrificio, 411; bibliografía, 677.

Fobia, a la escuela, 211 y sig.; a las tijeras, 227 y sig.; al sexo, 227; a la lucha, 227; a los cuchillos, 227 y sig.; a las situaciones sexualizadas, 228 y sig.; a los inválidos, 228; a las enfermedades, 229, 301; a la sociedad, 230, 243; a la infección, 231 y sig., 448; a la multitud, 232; al cuarto de baño, 232; a la sífilis, 232, 242, 448, 596; a los ferrocarriles, 234 y sig.; a los automóviles, 234 y sig.; a la penumbra, 239; a los pañales, 239; a los picaportes, 243; a las tormentas, 244; y delirio, 243; al cáncer, 448; a los afectos, 529, 533 y sig.; a los sastres, 579; al dentista, 579; al médico, 579; a los peluqueros, 185 y sig., 579; a

convertirse en piedra, 228; al equilibrio, 235.

Fobias, 227 y sigs.; y delirio, 243; formas estacionarias y formas progresivas en las, 243 y sig.; y obsesión, 307 y sig.; artificiales, 619.

Fóbico-a (s), actitudes, 526, 587 y sigs.; carácter, 587 y sigs.; estados-finales, 615; véase también Fobias.

Fóbica (situación), y angustia, 226 y sig.; tentación, 228 y sigs.; —y castigo, 228 y sigs.; (la) como sustituto, 230.

Formación reactiva y represión, 178 y sig.; (la) en la historia, 179; (la) como mecanismo de defensa, 178 y sigs.; (la) en la neurosis obsesiva, 179, 319 y sigs., 326 y sig.; y sublimación, 179 y sigs.; y anulación, 181; contra los afectos, 192 y sig.; contra los sentimientos de culpa, 194 y sig.; contra una formación reactiva, 195 y sig., 527 y sig., 591; los rasgos caracterológicos anales como, 319; contra síntomas, 513; y carácter, 526 y sigs.; contra la agresividad, 530, 535; contra compulsiones y obsesiones, 588, 591 y sig.

Fórmulas mágicas, 337, 513.

Forzar, los suministros narcisísticos, 419 y sig., 433, 436 y sigs., 440, 445 y sigs., 449 y sigs., 555, 559, 568; el perdón, véase Perdón.

FOXÉ (Arthur N.) [Bibl. 524], 593, 677.

Fracaso (el), como factor precipitante en la neurosis, 510; como factor curativo en la neurosis, 613.

FRANKE (Victor Emil) [Bibl. 525], 361, 677.

FRENCH (Thomas M.) [Bibl. 526 'al 536], sobre aprendizaje, 63, 566, 575; sobre erotismo del equilibrio, 91, 235, 364; sobre elección de neurosis, 263; sobre cambios físicos psicogénicos, 275 y sig.; sobre asma, 288, 365; sobre factores precipitantes en la esquizofrenia, 494; bibliografía, 677.

Frentes de lucha (los dos) del yo en la neurosis obsesiva, 330 y sigs.

FREUBERG (Richard) [Bibl. —1214], 286, 702.

FREUD (Ana) [Bibl. 537 al 541], sobre angustia por los propios instintos, 61, 159; sobre la pubertad, 64, 136 y sig.; sobre etiología diferencial de los mecanismos de defensa, 583; sobre angustia en los niños, 159; sobre juegos infantiles, 168; sobre estadios prelimi-

nares de la defensa, 170; sobre negación en la fantasía, 171, 642 y sig.; sobre identificación con el agresor, 193, 357, 390, 400, 538; sobre intimidar a los demás, 246, 537; sobre sueños diurnos y masturbación, 267; sobre altruismo, 376, y sig., 579; sobre amor a los animales en los niños, 538; sobre análisis del yo y técnica, 636; sobre análisis de niños, 639 y sig.; sobre establecer, antes del análisis, un yo razonable, 642 y sig., bibliografía, 677 y sig.

FREUD (Sigmund) [Bibl. 542 al 635, —187, —188],

a) ahrección, 625; absurdo (significado inconsciente del), 331, 589; afectos (desplazamiento de), 191 y sig.; afectos e ideas obsesivas, 307; afectos estrangulados, 273; afectos inconscientes, 274; afectos (postergación de), 190; aislamiento, 183, 186, 195; altruismo (ambivalencia en el), 380; alucinaciones, 478; amor (curación por el), 610; amor (el) en el hombre y la mujer, 106; anal (carácter), 318, 319 y sig., 544 y sig.; anales (desplazamiento), 95, 247, 253, 315, 318 y sig., 395, 399; análisis (el) como rompecabezas, 46; angustia, 35, 50, 59, 143, 158, 193, 540; angustia (equivalentes de la), 192, 273; angustia (fuente histórica de la), 35, 50, 59; angustia (sexualización de la), 540; animales (fobia a los), 246; anulación, 181; apatía y rabia, 216; *arc de cerele*, 259; arte, 131; asco, 164; autoanálisis, 645;

b) beneficios secundarios, 270; "block maravilloso", 52 y sig.; bromear, 194, 535;

c) carácter y complejo de Edipo, 572 y sig.; castración (amenazas de), 97 y sig.; castración (complejos de) masculino y femenino, 101, 317; catarsis, 625; celos, 484 y sig., 570 y sig.; ciencia y sistema compulsivos, 326; civilización (frustración en la), 651; comido (miedo de ser), 83; compañero (el) en la agorafobia, 239; complejo de Edipo, 109 y sig., 119 y sig., 256, 330, 377, 572 y sig.; complejo de Edipo e impotencia, 199; complejo de Edipo en las neurosis obsesivas, 330 y sig.; complejo de Edipo (filogenia del), 120, 443, 460; complejo de Edipo ("resolución" del), 126, 132, 585, 604; complejo de Edipo y complejo de castración, 111; complejo de Edipo y moral, 333,

410; compulsión de repetición, 144, 604; conflictos instintivos, 154; conflictos neuróticos, 154; conflictos (personas con y sin), 155; conflictos (reactivación de viejos), 599; contacto, 243, 328; contracatexis, 58, 266; contraindicación del psicoanálisis (las situaciones desfavorables en la vida como), 641; conversión, 250, 272 y sig.; conversión (síntomas de) y síntomas órgano-neuróticos, 272 y sig.; conversiones intestinales y erotismo anal, 353; criminales (los) a causa del sentimiento de culpa, 213, 417, 420, 557; cuerpo (sentimiento del) y yo, 51, 469; culpa (sentimiento de) "prestado", 194; curiosidad sexual (bloqueo de la), 92, 211;

d) *déjà vu*, 172 y sig.; defensas contra los afectos, 189; delirantes (ideas), núcleo histórico de las, 488; delirio neurótico-obsesivo, 498; depresión, 442, 446 y sig., 455; depresión (autorreproches en la), 447 y sig.; depresión (predisposición a la), 455; derivados, 169; deseos (realización alucinatoria de), 478 y sig.; destrucción del mundo (fantasías de), 468; diferencias anatómicas entre los sexos (consecuencias psicológicas de las), 103, 132, 525, 563; distorsión (mecanismos de), 509; Don Juan, 279; duelo, 190, 442 y sig.;

e) economía psíquica, 27 y sig.; elaboración analítica (*working through*), 636; elección objeto (tipos de), 121 y sig.; "ello (donde hubo) deberá haber yo", 654; enamoramiento, 107, 397; enemas, 346; enuresis, 268; epilepsia, 304 y sig.; crotomanía, 484; escepticismo benévolo como requisito del análisis, 643; escoptofilia (represión de la), 92, 207, 261, 293; esquizofrenia (el lenguaje en la), 489; esquizofrenia (regresión en la), 466 y sig.; estar solo (miedo de), 246; estimulación (protección contra la), 142, 292; estímulos perceptivos e instintivos, 73 y sig.; excentricidades, 520; excepción (creerse una), 557; exhibicionismo y escoptofilia, 92, 390; experiencias dolorosas (reacciones a), 507; extrañamiento, 540;

f) fálica (fase), 95, 100; fálica (fase), en la niña, 101; fálicas (mujeres), 374; fantasías primarias, 115; fases (síntomas de dos), 309; festivos totémicos, 443, 459; fetichismo, 385 y sig.; fijación y regresión, 84 y sig., 187; fobias (extensión de las), 244; formación re-

activa, 178 y sig., 530; fuego (uso cultural del), 418; fuerzas anti-instintivas (origen de las), 125;

g) grupos (formación de), 109, 133, 334; 556;

h) hipnosis, 587, 623, 630; histeria (contracatexis en la), 266; histeria de angustia (la técnica en la), 249; históricos (ataques), 253; históricos (dolores), 254; historias clínicas de (a propósito de sus), 23; homosexualidad accidental, 373; homosexualidad femenina, 382 y sig., 552; homosexualidad masculina, 374 y sig., 375, 376 y sig., 379, 380; humor, 448;

i) ideal del yo, 129; identificación, 54, 256, 443; identificación histórica, 255 y sig.; identificación múltiple, 256; indiferencia histórica, 269 y sig.; inferioridad (sentimientos neuróticos de), 132, 177, 216, 441; inhibiciones, 204, 209 y sig., 614; inhibiciones intelectuales, 212; instintos (clasificación de los), 76 y sigs.; instintos (mezcla de), 78; instintos (naturaleza de los), 73 y sig.; instintos "no refundidos", 79; instintos (origen de los), 25, 73, 119, 128; instintos sexuales, 74; interpretaciones (exactitud de las), 45; introyección, 175;

j) juego de azar, 419; juego (función del), 62, 96; justicia, 334;

l) latencia (período de), 81, 134; libidinosos (tipos), 585 y sig.;

m) mágicas (fórmulas), 337, 513; maniaco-depresivos (trastornos), 462 y sig.; masoquismo, 94, 401, 405, 406 y sigs.; masoquismo moral, 128, 195, 213, 559 y sig.; masturbación, 96; Medusa (la cabeza de la), 92, 361, 392; megalomanía, 472; melancolía, 437 y sig.; memoria, 30, 53; mentir, 590; mitos personales, 325; muerte (miedo a la), 242;

n) narcisismo, 52, 76 y sig., 105, 295; narcisismo de las personas enfermas, 295; negación, 25, 53, 164, 170 y sig.; negación y represión, 156 y sig.; neurastenia, 219; neurosis (una) demoníaca, 651; neurosis del destino, 559, 604; neurosis de transferencia y neurosis narcisística, 501, 621, 637 y sig.; neurosis (escencia de la), 633; neurosis (herencia en las), 346, 412; neurosis mixtas, 225, 314, 614; neurosis (pre-requisitos de las), 650 y sig.; neurosis traumáticas, 149; neurosis y psicosis, 156 y sig., 492 y sig.; neurótica (constipación), 282; neuróticos obsesivos (la

regresión en los), 313 y sig., 347; neuróticos (pseudohipersexualidad de los), 279; Nirvana (el principio del), 26; nosogénesis neurótica (tipos de), 508; "novela de familia", 118; "núcleo histérico" en las neurosis obsesivas, 614; o) objetal (relación) e identificación, 443; objeto (cambio de) en la niña, 111 y sigs.; obsesiones religiosas, 330, 342; "occánico (sentimiento)", 56, 454, 477; ojos (cerrarlos) durante el tratamiento, 37; olfato, 365; omnipotencia, 337 y sig., 397, 478; p) poidofilia, 377; palabras (significado de las), 63; paranoia, 479 y sigs., 483 y sig., 487 y sig.; paranoia (teoría de la), contradicciones aparentes de la, 487; pegar con un fin sexual, 403 y sig., 405 y sigs.; pene (envidia del), 101; pene pequeño (la idea del), 97; pensamiento lógico y pensamiento compulsivo, 328; persecución (ideas del), 479 y sigs.; perversiones, 368 y sigs., 368, 371, 385, 411; perversiones opuestas entre sí, 411, perversos (tratamiento psicoanalítico de los), 413; "placer (más allá del principio de)", 94, 410, 585, 604; principio de placer, 56, 414; prostitución (fantasías de), 552; proyección, 173 y sig.; pseudo hipersexualidad, 279, psicoanálisis profano, 628; psiconeurosis (base fisiológica de las), 275; psicopatología de la vida cotidiana, 27, 40, 225, 353; psicoterapia, 628 y sig.; psiquiatría y psicoanálisis, 467; pubertad, 136; r) rasgos de carácter (clasificación de los), 526, 585 y sig.; reacción terapéutica negativa, 339, 559; realidad (apartamiento de la) en la esquizofrenia, 492 y sig.; realidad (principio de), 58, 67, 566, 648; realidad (juicio de), 170, recuerdos encubridores, 172, 371, 572; regresión, 187, 313 y sig., 347, 466 y sig.; relación (ideas de), 482 y sigs.; representación por lo opuesto, 581; represión, 30 y sig., 118, 175 y sigs.; represión exitosa, 167 y sig., 526; represión (condicionamiento social de la), 118 y sig.; represión parcial, 370 y sig., 388; reprimido (contenido de lo), 513; rituales escatológicos, 313; s) sádicoanal (fase) 86, 312 y sig., 403 y sig.; sádicoanal (orientación) de los neuróticos obsesivos, 313; sadismo y masoquismo, 401, 406 y sig.; Schreber (el caso) 192, 479 y sig.; serie complementaria, 146, 453, 494, 508; sexo (importancia del comportamiento en materia

de), 572; sexos (diferencias psíquicas entre los), 132, 525, 563; sexual (significado) de ciertas medidas terapéuticas, 620 y sig.; sexualidad infantil, 74, 80 y sig.; sexualidad y angustia, 193; simbolismo, 41, 66 y sig.; síntomas (actitudes contradictorias hacia los), 515; síntomas (los) como compromiso, 582; síntomas (formaciones reactivas contra), 513; sistemas de la memoria y la percepción, 52 y sig.; sistematización, 483 y sig.; situaciones fóbicas, 229 y sig.; sonambulismo, 260; sublimación, 172 y sigs., 526; sueños, 131, 220, 345, 478; sueños diurnos y delirios, 567; sueños diurnos y síntomas, 225, 250 y sigs., 497; "sueño en un sueño", 345, sugestión en las masas, 133; suicidio, 332 y sig., 449; superstición, 341; superyó, 31 y sig., 126 y sig., 129 y sig., 442, 483; superyó (el) y las palabras, 129; superyó (origen auditivo del), 483; superyó ("parásitos" del), 133, 525, 563, 626; superyó y complejo de Edipo, 132; t) técnica (problemas de), 634 y sigs.; tensión y displacer, 29; terapia psicoanalítica (posibilidades de la), 601; ternura y sensualidad, 106, 184, 200, 544; terquedad, 319 y sig.; tos nerviosa, 289; tótem y tabú, 443, 459 y sig.; transferencia, 43, 621 y sig., 644; transformación en lo opuesto, 168; tratamiento psicoanalítico (definición del), 636; traumáticos (estados), 59; "triunfar (los que fracasan al)", 213, 511, 559; v) vergüenza, 165; visión (perturbaciones histéricas de la), 261, 293; voluntad (parálisis de la), 298 y sig. y) yo (la vuelta contra el), 77 y sig.; yo de placer puro, 56 y sig., 264, 320; yo (desdoblamiento del), 157, 171, 185, 388; yo (empobrecimiento del), 189, 614; yo razonable y psicoanálisis, 598; yo y ello, 30 y sig.; Freud y el materialismo, 17 y sig.; bibliografía, 665, 678 y sigs.

FRIEDJUNG (Joseph K.) [Bibl. 636 al 639], 115, 164, 221, 450, 573, 679.

FRIEDLANDER-MISCH (Kate) [Bibl. 640 al 643], 136, 217, 408, 450, 679.

FRIEDMAN (M.) [Bibl. 644], 417, 679.

FRIES (Margaret E.) [Bibl. 645, 646], 49, 628, 640, 679.

Frigidez, emocional generalizada, 189, 212, 529, 532 y sigs.; sexual, 203 y sigs.; y enuresis, 269; y ninfomanía, 272 y sig.; y distonía, 286.

FRINK (H. W.) [Bibl. 647, 647], 305, 679.

Fröhlich, enfermedad de, 298.

FROMM (Erich) [Bibl. 649 al 655], sobre masculinidad y feminidad, 111, 525, 563; sobre amor y amor a sí mismo, 106; sobre temores diferentes en uno y otro sexo, 123; sobre ideales, 129; sobre autoridad, 133, 549; sobre el "auxiliador mágico", 514, 568; sobre el contenido de lo reprimido, 521; sobre soledad e independencia, 524; sobre criminalidad, 563; sobre la fe, 612; sobre hipnosis, 623; sobre sociología psicoanalítica, 650, 653; sobre "culturalismo", 650; bibliografía, 679.

FROMM REICHMANN (REICHMANN de FROMM) (Frida) [Bibl. 656 al 661], sobre madres dominadoras, 127, 563, 573; sobre jaqueca, 291; sobre estereotipias, 490; sobre tratamiento psicoanalítico de la esquizofrenia, 501 y sig.; bibliografía, 680.

Frugalidad, 318.

Frustración, y agresividad, 77, 403; (la) como causa de fijación, 85 y sig., 583 y sig.; y complejo de Edipo, 117; y apatía, 148, 162, 437; y depresión primaria, 148, 437; y regresión, 187 y sig.; y sadismo, 403; (la) como factor precipitante de neurosis, 508 y sig.; (la) en la civilización, 650 y sig., 653 y sig.

FUCHS (S. H.) [Bibl. 662], 175, 680.

Fuego, el placer sexual en el, 418; prender—, véase Piromanía.

Fuente(s), de los instintos, 73 y sig., 273 y sig.; de la excitación sexual, 80 y sig., 273 y sig.

Fuerzas represoras y fuerzas reprimidas, véase Represoras.

Fugas(s), 415 y sigs.; a la realidad, 533 y sig., 540, 586; a la fantasía, 534, 586, 588; "a la salud", 622.

Fumar, 82, 291, 548, 619.

Función múltiple (principio de), 232, 515 y sig., 522, 581.

Funciones sexualizadas, inhibición de las, 209 y sigs.

Funerarios(as), ritos, 443; comidas, 443.

G

GAIR (Mollie) [Bibl. —1149], 153, 699.

GARMA (Ángel) [Bibl. 663, 664], 157, 321, 354, 450, 478, 492, 680.

Gastrointestinales (perturbaciones), 281 y sigs.

Gazmoñería, 207.

GELEERD (Elizabeth R.) [Bibl. 665], 443, 680.

Generosidad, 547.

Genital(es), primacia, 81, 95, 106, 168, 304, 368 y sig., 529 y sig., 554, 583, 636; pasividad— en el varón, 89, satisfacción, 106; temor a una herida—, en la niña, 122; primacia— y sublimación, 168; valor de la primacia— como pronóstico, 304, 636; perturbación de la primacia— en la perversión, 368 y sig.; primacia— y carácter, 530, 554; carácter, 554, 586 y sig.; (los) como aparato de descarga, 81; (los) como zona erógena, 95, la vista de— adultos por los niños, 114 y sig.; lo que sienten los homosexuales masculinos hacia los— femeninos, 374 y sig.; véase también Genitalidad.

Genitalidad (la), en la pubertad, 134 y sigs., (la) no puede ser objeto de sublimación, 168; la destrucción de la— en los adictos a las drogas, 424 y sigs.; véase también Genital (primacia).

Genitalización de órganos, en la histeria, 253 y sig., 263.

GERARD (Margaret W.) [Bibl. 666, 667], 268, 640, 680.

GERÖ (George) [Bibl. 668 al 670], sobre tratamiento de pacientes "orales", 435; sobre depresión, 438, 463, 464; sobre psicogénesis de la esquizofrenia, 495; bibliografía, 680.

GESELL (A.) [Bibl. 671], 49, 680.

Gestalten, inhibición para sentir los, 328.

Gestos, omnipotencia de los, 56, 475; mágicos, 65 y sig., 92, 164, 298, 361, 390 y sigs., 491, 532 y sig., 538, 546, 569; y sigs.; (los) y las expresiones mímicas, 361 y sig., 491.

GILL (Morton M.) [Bibl. 672, 673], 623, 626, 680.

GILLESPIE (R. D.) [Bibl. 674 al 676], 292, 365, 502, 680.

GILLESPIE (W. H.) [Bibl. 677], 386, 681.

Ginecológicas, complicaciones— psicogénicas, 204, 285.

GITELSON (Max) [Bibl. 678, 679], 136, 628 y sig., 652.

Globo histérico, 264.

GLOVER (Edward) [Bibl. 680 al 698], sobre afectos, 35, 507; sobre los múltiples núcleos del yo, 56; sobre experiencias enuebradoras, 148, 172; sobre perversiones y juicio de realidad, 383; sobre adicción a las drogas, 424; sobre alcoholismo, 427; sobre psicoanálisis de la esquizofrenia, 502; sobre "es malo sentirse bien", 515; sobre idealización, 512 y sig.; sobre carácter oral, 515 y

sig.; sobre el carácter neurótico, 565, 583; sobre angustia social, 581; sobre efectos de la interpretación incorrecta, 619, 628; sobre problemas de técnica, 636; sobre normalidad, 646; bibliografía, 681.

GLOVER (James) [Bibl. 699 al 701], 51, 368, 450, 681.

Glucosuria emocional, 298.

GLUECK (Edith) [Bibl. 702], 538, 681.

GOLDENSOHN (L. N.) [Bibl. —266], 495, 669.

GOLDMAN (George S.) [Bibl. 703], 329, 681.

GOLDSTEIN (Kurt) [Bibl. 704, 705], 53, 467, 681.

Golpear (rituales de), 311.

GOMBRICH (E.) [Bibl. —985], 491, 692.

GORELIK (Basel) [Bibl. 706], 548, 682.

GRABER (Gustav Hans) [Bibl. 707 al 712], sobre ambivalencia, 55; sobre tipos de identificación 57, 83, 397 y sig.; sobre inhibiciones en el habla, 205, 354; sobre sonambulismo, 260; sobre afán neurótico de clasificación, 325 y sig., 544, 574, 591; sobre el rotismo anal y el habla, 354; sobre fantasías de destrucción del mundo, 468; bibliografía, 682.

Grandeza, ideas de, 472 y sig.

Gratificación, véase Satisfacción.

GRAY (M. Geneva) [Bibl. —1544], 291, 714.

Grecia antigua, la homosexualidad en la, 381.

GREENACRE (Phyllis) [Bibl. 713, 714], 49, 59, 559, 682.

GREENSON (Ralph R.) [Bibl. 714^a], 304, 305, 682.

GREIG (Agnes B.) [Bibl. 715, 716], 641, 682.

GRIMBERG (L.) [Bibl. 717], 260, 682.

GRINKER (Ray R.) [Bibl. 718, —1046], 631, 682, 695.

GRODDECK (Georg) [Bibl. 719, 720], 108 y sig., 294, 574, 682.

Grosería (la) en la pubertad, 136.

GROSS (Alfred) [Bibl. 721], 426, 682.

GROTE (L. R.) [Bibl. —1121], 206, 298, 698.

GROTJAHN (Martin) [Bibl. 722 al 727], sobre el proceso del despertar, 49; sobre sueños de los niños, 62; sobre enfermedad orgánica del cerebro, 297; sobre psicoterapia, 628; sobre terapia de shock, 631; sobre psicoanálisis en personas de edad avanzada, 640 y sig.; bibliografía, 682 y sig.

Grupo(s), de dos, 107; formación de, 109, 133, 334, 556 y sigs.; psicoterapia de, 630.

Guardia (montar) en los funerales.

Guerra, superyó de, 150; neurosis de, véase Neurosis traumáticas.

GUNTHER (L.) [Bibl. 728], 290, 683.

H

Hábitos higiénicos (aprendizaje de los), 58, 87 y sig., 125 y sig., 318, 319, 346 y sig., 544.

Hablar en público, 358 y sig.

HADLEY (Ernest E.) [Bibl. 729, 730], 585, 683.

HAHN (Benno) [Bibl. 731], 625, 683.

Hambre, (el) como obstáculo para sociar libremente, 37; (el) y el dormir en los lactantes, 50; de estímulos, 51, 77, 78; y "control", 53; y anhelo de omnipotencia, 58; (el) como instinto, 74; y erotismo oral, 88; y sentimiento de culpa, 162, 163; de experiencias encubridoras, 172; ataques histéricos de, 253; y tensión, 415; y anhelo farmacotóxico, 426; véase también Erotismo oral.

HANFMANN (Eugenia) [Bibl. 732], 472, 683.

HAPPEL (Clara) [Bibl. 733], 97, 267, 361, 363, 683.

HARMS (Ernest) [Bibl. 734], 495, 683.

HARNIK (Jenö) [Bibl. 735 al 744], sobre exhibicionismo, 92, 391 y sig.; sobre erotismo vaginal, 101; sobre asfíxia, 287, 365; sobre significado inconsciente del tiempo, 322, 329; sobre cortar trenzas, 394, 401; sobre tratamiento de la homosexualidad, 413 y sig.; sobre depresión, 451; bibliografía, 683.

HART (Moss) [Bibl. 745], 207, 683.

HARTMANN (Heinz) [Bibl. 746 al 751], 37, 70, 427, 573, 646, 684.

HARTMANN (Max) [Bibl. 752], 373, 684.

HAWKINS (Mary O'Neill) [Bibl. 753], 640, 684.

HAWORTH (Norah A.) [Bibl. 754], 620, 628, 684.

HAYWARD (Emeline P.) [Bibl. 755], 555, 684.

HEALY (William) [756, 757, —47], 417, 421, 563, 660, 684.

Hebefrenia, 217, 474.

Hehefrenóide (conducta), 216 y sig., 496, 499, 593.

Heces, (las) como objeto, 86 y sig., 107,

174, 481 = pene = niño, 111, 247, 253, 315, 320, 395, 399; y dinero, 320 y sig.; y tiempo, 322; y éxitos, 322; = palabras, 340 y sig., 353 y sigs.; = objeto, en las ideas de persecución, 481.

HEIDE (Carel van der) [Bibl. 758, 759], 253, 281, 684.

HEILPERN-FUCHS (Else) [Bibl. 760], 116, 573, 684.

HENDRICK (Ives) [Bibl. 761 al 768], sobre "instinto de dominación", 26, 62, 537; sobre adaptación, 70; sobre una fase fálica temprana, 104; sobre epilepsia, 304 y sig.; sobre suicidio y realización de deseos, 450; bibliografía, 684.

HENRY (George W.) [Bibl. —1636], 17, 718.

HERBERT (S.) [Bibl. 769, 770], 268, 305, 685.

Herencia (la), en la neurosis, 346, 413, 452 y sig.

Hermafroditos (los), como objeto de anhelo sexual, 375; véase también Fálica (mujer).

Hermanitos(s), celos de los, 115; amor a los, 116; relación de edad con los, (o las),— y carácter, 573.

HERMANN (Imre) [Bibl. 771 al 782], sobre consciencia, 30; sobre el psicoanálisis como método, 37; sobre percepciones primarias, 55; sobre el proceso del pensamiento, 64; sobre angustia del equilibrio, 91; sobre el superyó, 127; sobre sublimación, 168; sobre el talento, 213; sobre los sentidos inferiores, 365; sobre compulsión de repetición, 604; bibliografía, 685.

Hermano, sinor de identificación ambivalente hacia un, 380.

Héroe (culto del), 380, 399.

Heterónimo (superyó), 579 y sig.

Hidroterapia, 617, 619 y sig.

Higiene mental, 647, 649 y sig.; 653 y sigs.

Higiénicos (hábitos), véase Hábitos.

Hijo(s), (el) mayor, 568; (el) que no es el mayor ni el menor, 573; (el) único, 115, 573; adoptivos, 119, 573.

HILL (Lewis B.) [Bibl. 783, 784], 245, 291, 537, 685.

HINSIE (Leland E.) [Bibl. 785 al 787], 467, 502 y sig., 628, 685.

Hipalgia histérica, 262.

Hiperemotivo (carácter), 529, 533.

Hiperfunciones histéricas, 263.

Hipersensibilidad (la) en las neurosis actuales, 216, 217 y sig.

Hipersexualidad, 204, 269, 279 y sigs., 421, 430, 433 y sig., 552, 575 y sigs., 587.

Hipertensión esencial, 291.

Hipertiroidismo, 297.

Hipertonía, histérica, 258 y sig.; órgano-neurótica, 283 y sigs.; libidinosa de los órganos, 300.

Hipnagógicas (alucinaciones), 52.

Hipnoanálisis, 626.

Hipnosis, naturaleza de la, 133, 623, 625 y sig.; y motilidad, 260; y sexualidad infantil, 587, 620; de sugestión, 618; (la) como infantilismo artificial, 620; acerca de las desventajas de la, 626; aplicaciones terapéuticas recientes de la, 626; véase también Hipnotismo.

Hipnotismo, y psicoanálisis, 18, 623 y sigs.; fantasías sádicas referentes al, 402; véase también Hipnósis.

Hipocondría, a causa de la vestimenta, 52, 299, 470; naturaleza de la, 299 y sigs.; la terapia en la, 303 y sig.; (la) en la melancolía, 448; (la) en la esquizofrenia, 469 y sigs.

Hipotonía, histérica, 260; órgano-neurótica, 626 y sigs.; libidinosa de los órganos, 300.

HIRSCH (Erwin) [Bibl. 788], 418, 685.

Histeria, formación reactiva en la, 179; formas de angustia de la, 225 y sigs.; formas de conversión de la, 250 y sigs.; ataques en la, 251 y sigs. 360; dolores en la, 254 y sigs.; la identificación en la, 254 y sigs.; alucinaciones en la, 257; perturbaciones motoras en la, 258 y sigs.; estados de sueño en la, 259 y sigs.; perturbaciones de la consciencia en la, 259 y sig.; perturbaciones de los sentidos en la, 261 y sig.; perturbaciones de la sensación en la, 262; transformación de una— en neurosis obsesiva, 314; beneficios secundarios en la, 516.

Histeria de angustia, 225 y sigs.; y neurosis de angustia, 226; el desplazamiento en la, 227; y masturbación, 232 y sig.; proyección de la propia excitación en la, 235 y sigs.; y erotismo del equilibrio, 235 y sigs.; y animismo, 238 y sigs.; regresión y agresividad en la, 239 y sig.; combinaciones de— y neurosis obsesivas, 241; formas estacionarias y progresivas de la, 243 y sig.; fuerzas represoras y reprimidas en la, 245 y sigs.; (la) en los niños pequeños, 246 y sigs.; la terapia en la, 249; beneficios secundarios en la, 516; y perturbaciones del carácter, 614.

Histeria de conversión, (la) como entidad nosológica, 250 y sigs.; rasgos arcaicos en la, 251 y sigs.; evolución y tratamiento de la, 269 y sig.; y órgano-neurosis, 272.

Histórico-a(s), vómito, 205, 252 y sig.; ceguera, 30, 261 y sig.; materialización, 251, 253; ataques, 251 y sigs., 360 y sigs.; dolores, 254 y sigs.; identificación, 254 y sigs.; convulsiones, 252, 259; alucinaciones, 257; hipertonia, 258 y sig.; perturbaciones— motoras, 258 y sigs.; estados de sueño, 259 y sigs.; perturbaciones— de la consciencia, 259 y sig.; hipotonía, 261; hiperfunciones, 263; perturbaciones— de los sentidos, 261 y sig.; perturbaciones— de la sensación, 262; estados de ánimo, 252; psicosis, 495; carácter, 587 y sigs.; núcleo— en las neurosis obsesivas, 614; mutismo, 212, 258, 642; oliguresis, 253; estigmas, 254; superestructura— de las enfermedades orgánicas, 263.

Hístico-epilepsia, 305.

Histórico-a, determinismo— de las neurosis, 35, 49, 312; determinismo— de síntomas y afectos, 35 y sig., 59; núcleo— de las alucinaciones, 478; núcleo— de las ideas delirantes, 488.

Histriónico (carácter), 504; véase también Dramatización.

HITSCHMANN (Edward) [Bibl. 789 al 798], sobre la masturbación, 97, 218; sobre genitalidad masculina pasiva, 104; sobre frigidez, 202; sobre temor por el bienestar de los padres, 239; sobre agresividad en las fobias, 241; sobre enuresis, 268, 549; sobre factores precipitantes en la esquizofrenia, 494; sobre ambición y erotismo uretral, 549; sobre indicaciones del psicoanálisis, 639; bibliografía, 685.

"Hobbies", obsesivos, 431 y sigs., 537, 539, 596 y sig., 620 y sig., 628; (los) como terapia, 611.

HOCH (Paul H.) [Bibl. 799], 427, 606.

HOFFER (Wilhelm) [Bibl. 800, 801], 134, 136, 288, 606.

HOFFMANN (Ernst Paul) [Bibl. 802], 57, 686.

HOFFMANN (Jakob) [Bibl. 803], 579, 686.

HOFSTAETTER (R.) [Bibl. 804], 252, 686.

HOLLITSCHER (Walter) [Bibl. 805], 542, 686.

HOLLÓS (Istvan) [Bibl. —494, 806 al 809], 287, 296, 473, 489, 501, 676, 686.

"Hombre de las ratas (el)" (paciente de Freud), 309, 330.

"Hombre de los lobos (el)" (caso de Freud), 229, 231, 246, 301, 317.

Homeostasis, 25 y sig.

Homicidio, sexual, 402; y suicidio, 449 y sigs.; obsesiones de, 307 y sig.

Homosexuales, obsesiones, 307 y sig.

Homosexualidad, y sentimientos sociales, 109, 579; y superyó, 127, 483 y sig., 486, 579; (la) en la pubertad, 135 y sig.; e impotencia, 199; (la) en la pseudo hipersexualidad, 272 y sig., 484 masculina, 371 y sigs.; femenina, 381 y sigs.; y alcoholismo, 428; y paranoia, 479 y sigs.; y narcisismo, 479, 483 y sig., 486; y celos, 484 y sig., 571; reactiva, 540.

HOOP (J. H. van der) [Bibl. 810], 174, 686.

Horarios, obsesión de los, 324 y sig.

Hormonales, disfunciones— y vegetativas, 276 y sigs.; patoneurosis, 297 y sig.; factores— y homosexualidad, 373; perturbaciones— en las perversiones, 412.

Hormonas, (las) como fuente de los instintos, 75, 273; y actitudes inconscientes, 276; y homosexualidad, 373; y perversiones, 412.

HORNEY (Karen) [Bibl. 811 al 821], sobre masoquismo, 95, 405; sobre erotismo vaginal, 101, sobre fuga de la feminidad, 102, 552; sobre envidia del pene, 102, 552; sobre perturbaciones psicogénicas del embarazo y el parto, 204; sobre reacción terapéutica negativa, 339, 560; sobre miedo a la vagina, 374; sobre la esencia de la neurosis, 520, 617; sobre defensas sistematizadas del carácter, 541 y sig.; sobre carácter y sociedad, 593 y sig.; sobre autoanálisis, 645; sobre las "neurosis de nuestro tiempo", 651; sobre "culturalismo", 653; bibliografía, 686.

Hostilidad (la) en la esquizofrenia, 469; véase también Agresividad y Odio.

HUBBARD (L. T.) [Bibl. 822], 644, 686.

HUESCH (D. E.) [Bibl. 823], 293, 687.

HUG-HELLMUTH (Hermine von) [Bibl. 824 al 828], 113, 116, 389, 573, 639 y sig., 687.

Humor, 448, 541.

HUPFER (Susanne) [Bibl. 829], 429, 687.

HUTCHINGS (G. R.) [Bibl. 830], 494, 687.

I

Idea(s), y emoción en la represión, 177; aislamiento entre— y emoción, 268 y sig., 327 y sig., 251; de expiación, 181; de persecución, 479 y sigs.; de relación, 130, 482 y sigs.; abortivas de relación, 497; de grandeza, 472 y sig.; delirantes, véase Delirantes (ideas).

Ideal, los objetos como, 108, 133; los padres y el superyó como, 125, 128 y sig.; véase también Ideal del yo.

Ideales democráticos, 652.

Ideales y principios, 125, 129; (los) más allá de la infancia, 525; condicionamiento social de los, 652 y sig.; véase también Ideal, e Ideal del yo.

Idealización, de objetos, 108, 133; de progenitores fallecidos, 116; de inhibiciones, 206; y corruptibilidad del superyó, 332; de una actividad instintiva, 423, 542 y sigs.; 563; (la) en la manía, 461; y racionalización, 542 y sigs.

Ideas delirantes, y obsesión, 307; en la melancolía, 437, 442, 448; sobre la muerte de una persona, 468; de relación, 439 y sigs.; de ser amado, 484.

Identificación, primaria, 52 y sigs.; 82, 104, 175, 491; (la) como regresión, 54; y estructuración del yo, 54, 563; y ambivalencia, 55; "al revés", 57, 83, 133, 397 y sig.; tipos de, 57, 83, 132 y sig., 397 y sig.; secundaria, 57 y sig., 175; e introyección, 57 y sig.; (véase también Introyección) y erotismo oral, 82 y sig., 104; y relaciones objetales, 105 y sig., 175, 255 y sig., 375 y sig., 382 y sig., 436 y sig., 443, 446 y sigs.; y amor, 106 y sig., 396 y sig.; con los padres, 125 y sig.; (véase también Superyó); (la) en la pubertad, 136 y sig.; y sublimación, 168, 526; con el agresor, 193, 357, 361, 375, 378, 390, 394, 398 y sigs., 402, 538, 558, 570; con las propias funciones, 210; histórica, 254 y sigs.; con el rival, 255 y sig.; con el objeto amoroso, 256; sobre la base de necesidades etiológicas iguales, 256 y sig.; e imitación, 256; múltiple, 256, 448, 568; con objetos de la fantasía, 256 y sig.; con un estado anterior del yo, 257; (la) en las neurosis cardíacas, 290; (la) en la homosexualidad, 375 y sigs., 381, 382 y sigs.; (la) en la elección narcisista de objeto, 376, 384; amor de, 378 y sig., 380, 384 y sig., 546 y sig., 568; (la) en la feminidad

en el hombre, 379, 563; con una parte del cuerpo del partenaire, 398; (la) en el duelo, 443 y sig.; con las personas fallecidas, 443 y sig., 450; narcisista, 447, 568 y sig.; (la) en la manía, 459; y compasión, 532; (la) en los caracteres orales, 532 y sig.; con objetos indebidos, 563 y sig.; y empatía, 569 y sig.; "de ensayo", 569.

Ilusiones, 478.

Imitación, (la) en la fascinación, 53; (la) en la histeria, 255 y sig.; e identificación, 256; (la) en la catatonía, 491.

Impotencia, orgástica, 106, 237, 279 y sig., 433, 574 y sig.; (la) en las neurosis traumáticas, 142; (la) en el hombre, 198 y sigs.; relativa, 200; (la) en el hombre homosexual, 412; farmacotóxica, 426 y sigs.; y ternura, 200 y sig.

Impudicia, véase Desvergüenza.

Impulsivas (neurosis), véase Neurosis impulsivas.

Impulsividad, (la) en la pubertad, 136; patológica, 414 y sigs., 565.

Impulsos, destructivos en los niños, 54 y sig., 107 y sig.; incendiarios, 418; sustitutivos, 169; patológicos, 413 y sigs., 565; patológicos y compulsiones, 367, 430 y sigs.; génesis normal de los, 37; defensas contra los, 69 y sig.; véase también Neurosis impulsivas, e Instintos.

Incendiarios (impulsos), 418.

Incesto, véase Complejo de Edipo.

Incestuosas (obsesiones), 307 y sig.

Inconsciente(s), realidad de lo, 21; y consciente, 28 y sig.; percepciones, 30 y sig., 53 y sig., 142, 156 y sig., 170 y sigs., 175 y sig.; motilidad, 30, 258 y sig., 259 y sig.; sensaciones, sentimientos y emociones, 31, 189; afectos, 31, 189, y sig., 274 y sig.; partes— del yo, 30 y sig., 199; (el) del analista como su instrumento de trabajo, 41; consecuencias físicas de actitudes, 275 y sig.; actitudes— y hormonas, 274, 276 y sig.; (lo) es consciente en la esquizofrenia, 474.

Inconsecuencia en la educación, 573, 579 y sigs., 651 y sigs.

Incontinencia, rectal, 269 y sig.; uretral, véase Enuresis.

Incorporación, fines de, 81, 82 y sigs.; total, 104; parcial, 105; fines de— en la histeria, 263 y sig.; véase también Introyección.

Incorporado, fantasía de ser, 397 y sig.; véase también Identificación (tipos de).
 Incisión, 212 y sig., 236 y sig.
 Indicaciones del tratamiento psicoanalítico, 637 y sig.
 Indiferencia, emocional, 216 y sig.; de los histéricos (*belle indifférence des hystériques*), 270, 514, 614.
 Inductivo y deductivo (pensamiento) en psicoanálisis, 24.
 Indulgencia y complejo de Edipo, 91.
 Inestabilidad afectiva, 190.
 Infancia, y psiconeurosis, 169; neurosis en la, 246 y sigs.; esquizofrenia en la, 495; neurosis en la—, curaciones espontáneas de, 609 y sig.
 Infantil(es), sexualidad, 74 y sig., 80 y sigs.; sexualidad— y perversiones, 74 y sig., 368 y sigs.; masturbación, 95 y sig.; teorías sexuales, 114 y sig.; tendencias— después del análisis, 169; regresión a la sexualidad, 187 y sig.; sexualidad— e impotencia, 199 y sig.; sexualidad— y hígidez, 203; supuestos peligros de la sexualidad, 648 y sig.
 Infantilismo, sexual, 368 y sig.; y feminidad en el hombre, 379; artificial, 620, 623 y sig.
 Infantilización (en la vida militar), 146 y sig., 150.
 Infección, fobia a la, 231 y sig., 242 y sig., 448; e introyección, 243.
 Inferioridad, sentimientos neuróticos de, 132, 177, 216, 436, 441, 528 y sig., 593 y sig.; sentimientos de— e hipersexualidad, 279 y sig.; tratamiento de los sentimientos de, 463.
 "Inferioridad constitucional", la perversión como, 368.
 Infidelidad conyugal, 572.
 Influencia, delirios de, 482 y sig.; máquinas de, 482 y sig.
 Información (al paciente), valor psicoterapéutico de la, 617 y sig.
 Inhibiciones, emocionales, 189 y sig., 212, 529, 532 y sigs.; específicas, 198 y sigs.; sexuales, 198 y sigs.; sociales, 205, 210, 214 y sig., 333 y sig., 358, 572 y sigs.; orales, 205 y sig.; de instintos parciales, 204 y sigs.; anales, 207; del exhibicionismo, 207; de la escopofilia, 207 y sig.; y miedo, 207 y sig.; profesionales, 208, 213 y sig.; de la agresividad, 208 y sig.; de funciones sexualizadas, 209 y sigs.; en la esfera motriz, 210, 283 y sigs.; sensoriales, 210, 285 y sigs.; intelectuales, 210 y sig.; en el estudio, 211 y sig.; del habla, 212, 353 y sigs.; del talen-

to, 213; en materia de arte, 213; a causa de la conciencia, 213; en el juego, 214; y obsesión, 215; y represión, 215; inespecíficas, 216 y sigs.; debidas a un empobrecimiento general, 216 y sigs., 614; de la agresividad, 216 y sig.; y hebefrenia, 217; y alcoholismo, 427; del saludo, 214 y sig.
 Iniciación (ritos de), 100, 234, 411, 624.
 Iniciativa, falta de, 216.
 "Iniciatorio (acto)", 556 y sig.
 INMAN (W. S.) [Bibl. 831], 262, 687.
 Inquietud externa (la) como protección contra la inquietud interna, 244 y sig.
 Insectos, mordeduras de, 75; miedo a los, 247.
 Insomnio, 144, 219 y sigs.
 Instintivo (s), fenómenos— y no instintivos, 25 y sig.; estímulos— y perceptivos, 73; conflictos— y estructurales, 154 y sig.; conflictos, 154 y sig., 179 y sig., 531 y sig.; peligro— y peligro perceptivo, 231 y sig.; componentes, 81, 91 y sigs., 204 y sigs.; represión de los componentes, 370 y sig., 388.
 Instinto (s), origen de los, 25 y sig., 73 y sig.; 119, 128; concepto de, 25 y sig., 73 y sig.; y yo, 61 y sig., 69, 134 y sig.; (el) como peligro, 69 y sigs., 187 y sigs., 647 y sigs.; y estímulos sensoriales, 73 y sig.; y quimismo, 73, 218 y sig., 273 y sigs.; fuentes de los, 73 y sig., 273 y sig.; fines de los, 73 y sig.; objeto de los, 73; sexuales, 74 y sig.; (los) y la defensa, 75, 170, 175, 498, 544, 581 y sig.; clasificación de los, 76 y sigs.; carácter conservador de los, 77, 604; (los) y la repetición, 77, 604 y sig.; mezclas de, 78; disimilación en las células e, 79; fusionados y no fusionados, 79; (los) y las fuerzas anti-instintivas, 125 y sig.; conflicto entreopuestos, 154 y sig.; 179 y sig., 531 y sig.; caracteres "gobernados por los—", 195, 421 y sigs., 563 y sigs.; (los) y la defensa en la histeria de angustia, 245 y sigs.; y compulsión, 307 y sig.; y defensa en los síntomas compulsivos, 308 y sigs.
 Instintos parciales, 81, 91 y sigs., 204 y sigs.; represión de 370 y sig.; 388; colaterales, 81.
 Instituciones sociales (las) y el carácter de los individuos, 19 y sig., 519 y sig., 524 y sig., 545, 564, 593 y sig., 649 y sigs.; véase también Social, y Determinismo.
 Institutos, educación dentro de, 119.
 Insuficiencia, (relativa) del yo, 198; de

la elación toxicomaniaca, 425 y sig., 428.
 Insulina, 631.
 Intelectual (es), resistencias, 43 y sig.; desarrollo, 63 y sig.; intereses— en la pubertad, 64, 136 y sig.; la actividad— como fuente de excitación sexual, 81; inhibición, 210 y sigs.
 Inteligencia, inhibiciones de la, 210 y sig.; y erotismo oral, 210 y sig., 549; (la) en la neurosis obsesiva, 341; y sentimiento, 533 y sig.
 Interpretación (es), "profundas", 39; de derivados, 39, 633 y sigs.; de actitudes defensivas, 39, 633 y sigs.; definición de la, 38, 633 y sigs.; efecto de las, 39 y sig., 633 y sigs.; métodos de, 41, 633 y sigs.; exactitud de las, 45 y sig.; reacciones a las, 45, y sig., 633 y sigs.; criterios de, 46; (la) en el análisis de la esquizofrenia, 474, 503 y sig.; (las) hechas en un momento indebido, 559; neuróticas de la realidad, 71 y sig.; 156 y sig., 228, 341 y sig., 566 y sig.
 Interrelaciones patológicas de las formas de dependencia del yo, 581 y sig.
 Interrupción de la excitación sexual, 218.
 Intestinal (es), organización— de la libido, 81; conversiones— y erotismo anal, 353; sensaciones— e ideas de persecución, 481.
 Intimidación (la) de los demás como defensa contra la angustia, 390, 391 y sig., 394, 399 y sigs.; 537 y sig.
 Intolerancia a la tensión, 362, 414 y sigs., 422 y sig., 424 y sig., 544, 565, 607 y sig.
 Intrauterinas (fantasías), 234.
 Introversión, 67 y sig., 250 y sigs., 261, 341, 468, 534, 568, 587 y sig.
 Introversidos y extravertidos, 534, 568, 586.
 Introyección, oral, 53 y sig., 82 y sig., 104; y ambivalencia, 54 y sig.; (la) como intento de restablecimiento, 56 y sig.; e idea de ser introyectado, 82; (véase también Identificación, tipos de); por la piel, 87, 90 y sig., 104; anal, 87 y sig., 481; por el ojo, 92 y sig., 104, 241, 262, 393, 548 y sig.; respiratoria, 93, 104, 287 y sig., 301, 365, 387; por el oído, 104, 180, 357; de la madre que prohíbe, 125 y sig.; de los objetos edípicos, 126 y sig.; en el superyó, 132 y sig., 525; (la) como mecanismo de defensa, 175; y represión, 176; de afectos, 193; de sentimientos de culpa, 194; e infección, 242; (la)

en la histeria, 264 y sig.; (la) en la hipocondría, 301 y sig.; (la) en el tartamudeo, 356 y sig.; (la) en el tic, 363 y sig.; (la) en el asma, 365; y feminidad (la) en el transvestismo, 379; y sadismo, 404; (la) en el alcoholismo, 428; (la) en la depresión, 438 y sig.; 442, 446 y sigs.; (la) en el duelo, 443 y sig.; la— patognomónica en la depresión, 446 y sigs.; (la) en la manía, 459; (la) en las ideas paranoides, 480 y sig.; (la) en la lucha contra la angustia, 535.
 Inválidos, fobia a los, 228; preferencia fetichista por los, 222; psicoanálisis de los, 642.
 Invertos, ideas delirantes de, 482.
 Involuntiva (melancolía), 456.
 Irresistibilidad de los impulsos patológicos, 414.
 Irritabilidad, en las neurosis actuales, 216, 218; vegetativa de la piel, 292 y sig.
 ISAACS (Susan) [Bibl. 832 al 836], sobre desplazamientos anales, 95, 253, 544; sobre superyó, 127; sobre pubertad, 136; sobre sugerencias psicoanalíticas prácticas, 649; bibliografía, 687.
 ISAKOWER (Otto) [Bibl. 837, 838], sobre estados de regresión del yo, 49, 52, 248; sobre erotismo del equilibrio, 91; sobre introyección auditiva, 93, 104, 483; sobre superyó, 127; sobre lenguaje, 130; bibliografía, 687.
 Izquierda y derecha, significado simbólico de, 258.

J

Jaquica, 291.
 JAKSON, epilepsia de, 304 y sig.
 JACOBSON (JACOBSON) (Edith) [Bibliografía 840 al 844], sobre superyó, 127, 132, 563; sobre pseudo-debilidad, 210; sobre idealización de la actividad instintiva, 423, 542 y sig.; sobre depresión, 454, 463, 464; sobre análisis de niños, 640; bibliografía, 687.
 JACOBSON (Edmund) [Bibl. 839], 286, 617, 687.
 JACOBY (Heinrich) [Bibl. 845], 213, 687.
 JEKELS (Ludwig) [Bibl. 846 al 852], sobre erotismo anal, 87; sobre amor, 107; sobre sentimiento de culpa, 163, 559; sobre la comedia, 459; sobre compasión, 532 y sig.; bibliografía, 688.

JELGERSMA (G.) [Bibl. 853, 854], 174, 479, 688.

JELLIFFE (S. Ely) [Bibl. —381, 855 al 865], sobre psoriasis, 292; sobre miopía, 293 y sig.; sobre enfermedad orgánica del cerebro, 297; sobre enfermedades orgánicas, 298; sobre epilepsia, 304; sobre alcoholismo, 427; sobre técnica psicoanalítica, 636; sobre psicoanálisis de pacientes de edad avanzada, 640; bibliografía, 673, 688.

JOHNSON (Adelaide M.) [Bibl. 866], 234, 688.

JOKL (Robert Hans) [Bibl. 867], 213, 259, 688.

JONES (Ernest) [Bibl. 868 al 902], sobre la omnipotencia, 56; sobre simbolismo, 66 y sig.; sobre clasificación de los instintos, 78; sobre la fase fálica, 101; sobre sexualidad femenina temprana, 102, 112; sobre sociedades matriarcales, 120; sobre significado de los abuelos, 121; sobre el superyó, 127; sobre la pubertad, 136; sobre proyección, 174; sobre introyección, 175; sobre miedo y culpa, 182; sobre perturbaciones psicogénicas del embarazo y el parto, 204, 285; sobre carácter anal, 207, 318, 544; sobre pesadillas, 220; sobre histeria de angustia, 227; sobre la idea de ser pisado por un vehículo, 229; sobre miedo de enloquecer, 229 y sig.; sobre atacar a otros como protección contra la angustia, 245; sobre impulsos sádicoanales en la neurosis obsesiva, 312 y sig.; sobre terquedad, 319; sobre significado fálico del baba, 353; sobre manía, 457; sobre celos, 485, 571 y sig.; sobre carácter ansioso, 542; sobre racionalización, 542; sobre ambición y erotismo uretral, 549; sobre complejo femenino de castración, 552; sobre hipnosis, 623; sobre auto-sugestión, 619 y sig., 627; sobre psicoterapia, 628 y sig.; sobre el psicoanálisis como terapia, 633; sobre normalidad, 646; sobre infidelidad conyugal, 572, bibliografía, 688 y sig.

Juancito (el caso de Freud), 229, 231 y sig., 632.

Juego (s), función del— de los niños, 62, 96, 405 y sig., 604; y masturbación, 96, 420 y sig.; (los) como precursores de la sublimación, 168; de índole militar y belicosidad, 68; inhibiciones en el, 214; autoeróticos, 268; fracaso del, 421; de azar, 419; obsesivos, 431 y sigs.; (los) como experiencias encubridoras, 589; (el) como

medida psicoterapéutica, 620 y sig.; terapia por el, 628, 639 y sig.

Juicio, función del, 25, 30, 58 y sig.; el primer, 53 y sig.; capacidad de un—correcto, 55 y sig.; de realidad, véase Realidad (juicio de).

JULIUSBURGER (Otto) [Bibl. 903, 904], 368, 427, 689.

JUNG (C. G.) [Bibl. 905 al 908], 76, 488, 490, 586, 689.

"Jurado", los objetos como, 334.

Juramentos, 64, 336 y sig., 396.

JUST-KERI (H.) [Bibl. 909], 212, 689.

Justicia, 334.

K

KAISER (H.) [Bibl. 910], 634, 689.

KALISCHER (Hans) [Bibl. 911, 912], 417, 421, 689.

KAMM (Bernard A.) [Bibl. 913, 914], 502, 690.

KAPLAN (Leo) [Bibl. 915, 916], 65, 336, 690.

KARDINER (Abraham) [Bibl. 917 al 922], sobre bloqueo de funciones del yo, 53, 261; sobre el significado sociológico de los tipos de dominio, 71; sobre reacciones epilépticas, 143; sobre neurosis traumáticas, 145, 153; sobre inhibiciones posttraumáticas, 261; sobre actitudes del yo e instintos, 319, 549; sobre influencias sociales y teoría de la libido, 653; bibliografía, 690.

KARN (H. W.) [Bibl. 923], 33, 690.

KARPMAN (Ben) [Bibl. 924 al 927], 376, 427, 563, 690.

KASANIN (Jacob) [Bibl. —533, 928 al 930], 298, 472, 494, 677, 690.

KATAN (M.) [931, 932], 489, 690.

KATAN-ANGEL (Anny) [Bibl. 933 al 935], 241, 268, 545, 690.

KAUDERS (Otto) [Bibl. —1378], 623, 708.

KAUF (E) [Bibl. —312], 290, 670.

KAUFMANN (Moscs Ralph) [Bibl. 936 al 941, —1555], sobre proyección, 174; sobre anorexia, 206, 298; sobre melancolía involutiva, 456; sobre delirios religiosos, 477; sobre ideas de relación, 482; sobre angustia social, 580; sobre psicoterapia, 628; bibliografía, 690 y sig., 715.

KEMPER (Werner) [Bibl. 942], 104, 691.

KEMPF (Edward J.) [Bibl. 943], 330, 691.

KESCHNER (M.) [Bibl., —1233], 298, 703.

KIELHOLZ (Arthur) [Bibl. 944 al 950], sobre ideas delirantes de envenenamiento, 243, 448; sobre paidofilia, 377; sobre cleptomanía, 417; sobre alcoholismo, 427; sobre delirium tremens, 429; sobre ideas delirantes de inventos, 482; sobre pseudología, 589; bibliografía, 691.

Kinestésicas, percepciones, 52 y sig.; las sensaciones— como fuente erótica, 91 y sig.; véase también Erotismo del equilibrio.

KIRSCHNER (Lotte) [Bibl. 951, 952], 213, 628, 640, 600.

KLEIN (Melanie) [Bibl. 953 al 959], sobre interpretaciones profundas, 39; sobre sadismo oral, 83, 383 y sig.; sobre deseos fálicos en la niña, 104; sobre complejo de Edipo temprano, 110; sobre sentimiento de culpa, 163; sobre juegos infantiles, 168; sobre pseudo-debilidad, 210, 641; sobre tic, 362, 363 y sig.; sobre ideas de penetrar el cuerpo de la madre, 383 y sig.; sobre cleptomanía, 417; sobre análisis de niños, 639 y sig.; bibliografía, 691.

KLINGER (M. P.) [Bibl. —150], 252, 664.

KNIGHT (Robert) [Bibl. 960 al 971], sobre proyección, 174; sobre introyección, 175; sobre atacar a otros como protección contra la angustia, 245, 537; sobre alcoholismo, 427; sobre adicción, 434; sobre agresividad en las ideas paranoides, 480; sobre paranoia, 480, 487; sobre psicoanálisis de la esquizofrenia, 502, 503; sobre hijos adoptivos, 556; sobre psicoterapia, 624 y sig.; 628; sobre tratamiento psicoanalítico en clínicas, 629; sobre estadísticas terapéuticas, 646; bibliografía, 691 y sig.

KNOPF (Olga) [Bibl. 972 al 974], 291, 468, 473, 476, 489, 692.

KOVACS (Sandor) [Bibl., 975], 570, 692.

KOVACS (Vilma) [Bibl. 976, 977], 362, 604, 692.

KRAINES (Samuel H.) [Bibl. 978], 692.

KRAUS (Siegfried) [Bibl. 979], 573, 692.

KRETSCHMER (E.) [Bibl. 980], 586, 692.

KRIS (Ernst) [Bibl. 981 al 986], sobre placer funcional, 61, 62; sobre adivinanzas, 344; sobre expresiones mímicas, 361, 490 y sig.; sobre fracaso del juego, 421, 541; sobre proceso primario en la esquizofrenia, 473; sobre humor fallido, 541; bibliografía, 692.

KRONENGOLD (Edward) [Bibl. 987], 386, 692.

KUBIE (Lawrence S.) [Bibl. —373, —374, —376, —377, 988 al 995], sobre el concepto de suciedad, 329 y sig.; sobre psicoanálisis de la esquizofrenia, 502; sobre compulsión de repetición, 604; sobre hipnosis, 623, 626; bibliografía, 673, 692 y sig.

KULKA (Ernesto) [Bibl. —189], 666.

KULOVESI (Yrjö) [Bibl. 996 al 998], 304, 361, 362, 363, 607, 693.

L

LAFORGUE (René) [Bibl. 999 al 1004], 71, 175, 183, 540, 693.

Lágrimas y erotismo uretral, 90, 252 y sig., 361, 549 y sig.

Lagunas en las asociaciones del paciente, 40; debidas a la represión, 176.

LAMARCK, 263.

LAMPL (Hans) [Bibl. 1005], 194, 693.

LAMPL-DE GROOT (Jeanne) [Bibl. 1006 al 1008], sobre envidia del pene, 102; sobre masculinidad en la mujer, 103, 112; sobre homosexualidad femenina, 382; sobre masoquismo, 409; bibliografía, 693.

LANDAUER (Karl) [Bibl. 1009 al 1022], sobre afectos, 35, 507; sobre clasificación de los instintos, 78; sobre equivalentes de la aflicción, 192; sobre pseudo-debilidad, 210, 641; sobre neurastenia, 219; sobre perturbaciones de la conciencia, 259 y sig.; sobre carácter anal, 319, 544; sobre movimientos automáticos, 362, 498; sobre paranoia, 478; sobre catatonía, 490; sobre movimientos compulsivos y estereotipias, 498; sobre psicoanálisis de la esquizofrenia, 502; bibliografía, 693.

LANDMARK (Johannes) [Bibl. 1023, 1024], 73, 693.

LANTOS (Bárbara) [Bibl. 1025], 259, 640, 694.

Lapsus linguae, 27, 225, 256, 353.

Latencia, período de, 81, 134, 347, 352.

LATIF (J.) [Bibl. 1026], 360, 694.

LAUBI (O.) [Bibl. 1027], 360, 694.

Lavarse compulsivamente, 307, 329.

Lectura, inhibición en la, 205, 262, 430; compulsiones en la, 262, 324, 386, 539, 548 y sig.; significado inconsciente de la 357; fobia a la, 488; adicción a la, 430; (la) obsesiva, 539, 548 y sig.; (la) como medida psicoterapéutica, 620 y sig.; véase también Leer.

Leer, en el retrete, 182, 324, 396; y comer al mismo tiempo, 430; véase también Lectura.

LEHRMAN (Philip R.) [Bibl. 1028, 1029], 263, 297, 402, 694.

Lengua, morderse la, 305; significado fálico de la, 355.

Lenguaje, la adquisición del, 58 y sig., 63 y sig., 335 y sig., 357 y sig.; y pensamiento, 67, 472 y sig., 489; inhibiciones del, 212; sexualización del, 341, 353 y sigs.; y potencia, 341, 354 y sig.; significado inconsciente del, 353 y sigs.; y erotismo anal, 353 y sigs.; y vida, 354; (el) en la esquizofrenia, 489 y sig.; las perturbaciones del— como contraindicación del psicoanálisis, 642; interés por el, 130; somático, 250 y sig.; véase también Habla.

LENNOX (W. C.) [Bibl. 1030], 304, 694.

LEVEY (Harry B.) [Bibl. 1031, 1032], 167, 281, 694.

LEVINE (Max) [Bibl. 1033], 177, 694.

LEVINE (E. L.) [Bibl. —1395], 332, 708.

LEVINE (Maurice) [Bibl. 1034 al 1037], 282, 313, 628, 646, 694.

LEVY (David M.) [Bibl. 1038 al 1041], 115, 117, 573, 628, 694.

LEVY (Erwin) [Bibl. 1042], 472, 694.

LEVY (Estelle) [Bibl. 1043], 417, 694.

LEVY (Kata) [Bibl. 1044], 268, 695.

LEVY (Ludwig) [Bibl. 1045], 478, 695.

LEVY (N. A.) [Bibl. 1046], 631, 695.

LEVY-BRUHL (M.) [Bibl. 1047], 65, 472, 695.

LEVY-SUHL (Max) [Bibl. 1048, 1049], 362, 623, 695.

LEWIN (Bertram D.) [Bibl. 1050 al 1060], sobre introyección por la piel, 87, 91, 104; sobre el impulso de conocer, 92, 211; sobre amenazas de castración, 98; sobre erotismo anal y anulación, 182, 330, 401; sobre claustrofobia, 234; sobre lágrimas y orina, 284; sobre cuerpo y falo, 398, 553; sobre reaseguramientos anales contra el temor a la castración, 401; sobre manía, 459, 460, 464; sobre curiosidad, 548; sobre carácter compulsivo, 591; bibliografía, 695.

LEWIS (Nolan D. C.) [Bibl. 1061 al 1063], 297, 640, 695.

Liberación del ser amado, fantasía de, 572.

Libidinoso (tono), 300, 469.

Libido, definición de la, 76 y sig.; cuadro sinóptico sobre el desarrollo de la, 124; véase también Libidinoso (tono).

LICHTENSTEIN (Heinz) [Bibl. 1064], 604, 695.

Limpieza (afán de) de tipo reactivo, 178 y sig., 207.

LIPTON (S.) [Bibl. 1065], 256, 695.

LISS (Edward) [Bibl. 1066 al 1068], 212, 628, 640, 695 y sig.

"Litigante" (delirio), 485 y sigs.

"Lobos" (el hombre de los), (caso de Freud), 229, 231, 246, 301, 317.

Locuacidad, 194, 538.

Locura, miedo a la, 229 y sig.; significado inconsciente de la, 229 y sig.

LOEW-BEER (Helene) [Bibl. 1069], 641, 696.

LOEWENFELD (Henry) [Bibl. 1070], 605, 696.

LOEWENSTEIN (Rudolph) [Bibl. 1071], 88, 97, 379, 696.

Lógica y aislamiento, 186; véase también Pensamiento.

LORAND (Sandor) [Bibl. 1072 al 1082], sobre regresión anal, 88; sobre erotismo vaginal, 101; sobre anorexia, 207, 298; sobre fetichismo, 387; sobre depresión, 463; sobre inventos en la esquizofrenia, 482; sobre caracteres reactivos, 527; sobre complejo de castración y carácter, 553; sobre hipnosis, 623; bibliografía, 696.

Lourdes, 624.

LOW (Barbara), 26.

LOWREY (Lawson G.) [Bibl. 1083], 415, 696.

Lucha, fobia a la, 227.

Lugares altos (miedo a los), 229, 234.

Lumbago, 286.

Luna, significado simbólico de la, 260.

LUNDHOLD (Helge) [Bibl. 1084], 542.

Luz y sombra, fobia a los efectos de, 581.

LUZENBERGER (A. von) [Bibl. 1085], 576, 580, 696.

Ll

Llanto, y erotismo uretral, 90, 253, 361, 549 y sig.; ataques de, 252 y sig.

M

MACBETH, 185.

MACCURDY (John T.) [Bibl. 1086], 494, 696.

MACDONALD (Mary E.) [Bibl. —754], 620, 684.

MACFARLANE (Donald A.) [Bibl. 1087], 286, 696.

MACK-BRUNSWICK (Ruth) [Bibl. 1088 al 1091], sobre cambio de objeto en la niña, 111; sobre "el hombre de los lobos", 301; sobre celos paranoicos, 484 y sig., 487, 502, 570; sobre la mentira, 589; bibliografía, 697.

MACLEAN (Helen V.) [Bibl. —718, —1150], 290, 631, 682, 699.

Madrastra, 185.

Madre, (la) como primer objeto, 109 y sigs., 113 y sig.; (la) y los extraños, 96 y sig., 110; carácter único de la, 109 y sig.; relaciones de la niña con su, 111 y sigs., 384, 487, 553; (la) como modelo del superyó, 127; (la) y el asma, 365; identificación con la— en la homosexualidad masculina, 375; religiones de la, 477; véase también Complejo de Edipo.

MAEDER (Alphonse) [Bibl. 1092 al 1094], 304, 464, 502, 697.

MAEDER (Leroy A. M.) [Bibl. 1095, 1096], 467, 646, 697.

MAENCHEN (Anna) [Bibl. 1097, 1098], 211, 640, 697.

Magia, y psicología, 17 y sigs.; de los nombres, 64, 336; de las palabras, 64, 335 y sig., 354 y sig., 475; y exhibicionismo, 93, 232 y sig., 358 y sig., 390 y sig.; y anulación, 181, 332; de los números, 181, 328; de la simetría, 181, 332; del contacto, 187, 243, 307, 311, 328; y respiración, 287 y sig.; (la) en la terquedad, 319; (la) en la neurosis obsesiva, 341 y sigs.; contra el superyó, 344 y sig.; del llanto, 357; de las expresiones faciales, 361; y psicoterapia, 624 y sig.; véase también Mágico—a (s).

Mágico—a (s), pensamiento— y pensamiento científico, 17 y sigs., 24; rasgos— en el psicoanálisis, 19 y sig.; el pensamiento, 64 y sigs., 232 y sig., 250, 287 y sig., 335 y sigs., 472 y sig.; gestos, 66 y sig., 92, 164, 232 y sig., 361, 390 y sigs., 490, 532, 538, 546, 569 y sig.; comunión, 82 y sig., 446; valoración— de las excreciones, 88, 341 y sigs., 488; fórmulas, 337, 513; el "auxiliador—", 514, 568 y sig.; véase también Magia.

MAHLER-SCHOENBERGER (Margarete) [Bibl. 1099, 1100], 210, 362, 641, 697.

"Mal de ojo", 92, 164.

Mal menor, 94, 128, 339, 405, 408, 410, 559.

Maladie des tics, 362.

Maldecir 336.

MALINOWSKI (Bronislaw) [Bibl. 1101, 1102], 120, 134, 697.

Manerismos, 490 y sigs.

Manía, modelo normal de la, 129; y caracteres "gubernados por los instintos", 423; y elación en la adicción a las drogas, 436 y sig.; y suicidio, 451; (la) como entidad nosológica, 457 y sigs.; y neurosis impulsivas, 461; y pseudología, 590.

Maniaco-depresivo (el ciclo), 459 y sig., 461 y sig.

Maniaco-depresivos (trastornos), 436 y sigs.; la constitución en los, 452 y sigs.; la periodicidad en los, 461 y sigs.; etiología diferencial en los, 453 y sigs.; reseña histórica de los problemas referentes a los, 462 y sigs.; la terapia en los, 463 y sigs.; y esquizofrenia, 472, 495.

Mano (estreechar la), 83.

Manual (sadismo), 403.

MARCUS (Ernst) [Bibl. 1103], 697.

Marco, en los lugares elevados, 229; (el) como sintoma, 290 y sig.; en alta mar, 236.

Marginales (casos), 496 y sigs., 504; terapia psicoanalítica en los, 504.

MARGOLIN (S. G.) [Bibl. —994], 626, 693.

MARKUSZEWICZ (Roman) [Bibl. 1104], 65, 697.

MARMOR (Judah) [Bibl. 1105], 25, 73, 697.

Masas (psicología de las), 556 y sig.

Matriarcales (religiones), 477.

Matrimonio y aislamiento, 327.

Masculinidad, (la) en la mujer, 103 y sig., 203, 383 y sig.; en la mujer y frigidez, 202 y sig.; y feminidad, 372 y sig.; 525, 563; el amor a la propia—, en la mujer, 384; simulada, 547.

Masculino—a (s), y femenino, 102 y sigs., 372 y sig., 444, 525; complejo de castración— y femenino, 102 y sigs., 551 y sigs.; homosexualidad, 371 y sigs.; interés por la homosexualidad—, en la mujer, 387; rasgos de carácter— y femeninos, 525.

Masoquismo, 405; y sadismo, 77 y sig., 331, 401 y sig., 406 y sig., 411, 449 y sigs.; y principio de placer, 94; erógeno, 94, 292, 403 y sig., 405 y sig.; (el) como instinto parcial, 94 y sig.; (el) como mal menor, 94, 405; y sexualidad femenina, 112, 407 y sig.; moral, 128, 195, 213, 333, 410, 420, 514 y sig.; 559 y sig.; e impotencia, 198; y frigidez, 204; y erotismo de la piel,

292, 409; y enamoramiento, 397; (el) como perversión, 404 y sig.; y autoestima, 405, 409 y sig.; provocación en el, 409 y sig.; fijación en el, 406; femenino, 407; y fealdad, 409 y sig.; artificial, 620, 624.

Masoquista (carácter), 409, 557; véase también Masoquismo.

MASSERMAN (Jules H.) [Bibl. 1106 al 1109], 33, 205, 462, 628, 697.

Masturbación, infantil, 95 y sigs.; función de la, 96 y sig.; fantasías en la, 96 y sig., 267; y juego, 96, 429 y sig.; temores y sentimientos de culpa a causa de la, 96 y sig.; y complejo de Edipo, 97; naturaleza de la, 96 y sigs.; patológica, 97 y sig.; equivalentes de la, 97, 258, 267 y sig., 310 y sig., 361, 363; elitoridiana, 101 y sig.; (la) en la pubertad, 135; y eyaculación precoz, 201 y sig.; y neurastenia, 219; y miedo de dormir, 221; "adictos" a la, 222; formas específicas de, 222, 243; compulsiva, 222, 281, 310, 433, 574; e ideas de locura, 230; e histeria de angustia, 232 y sig.; y contacto, 243; y erotismo del equilibrio, 248; y escena primaria, 248; y sueños diurnos, 267; y síntomas de conversión, 266 y sigs.; y enuresis, 268 y sig.; y síntomas compulsivos, 311; e idea de suciedad, 243, 329; anal, 329; y oráculos, 343; y tic, 361, 363; y pornografía, 396; y fantasías de ser pegado, 403, 408 y sig.; y masoquismo, 405, 408 y sig.; e impulsos patológicos, 415; y eleptomanía, 418; y juego de azar, 419 y sig.; y adicción a las drogas, 425.

Matemáticas, el interés por las, 533.

Materialismo (el) y Freud, 18 y sig.

"Materialización" histérica, 251, 253.

MATTE BLANCO (Ignacio) [Bibl. 153], 438, 459, 664.

MCCORD (Clinton) [Bibl. 1110], 640, 698.

MEAD (Margaret) [Bibl. 1111], 205, 698.

Mecánicos (estímulos), véase Estímulos.

Mecanismos de defensa, 167 y sigs.

Medicina, tradición mágica de la, 17, 19.

Medición, de la energía mental, 28; del tiempo, 183, 321 y sig.

Médico (fobia al), 579.

Medio ambiente, cambio del— por vía terapéutica, 628 y sigs.

Medusa, la cabeza de la, 92, 361, 374, 392.

Megalomanía, 472.

Mejorías, espontáneas, 609 y sig.; (las) como resistencia, 619.

Melancolía, y pánico, 161 y sigs.; e insomnio, 222; (la) como entidad nosológica, 436 y sig.; los delirios en la, 448; el superyó en la, 448; el suicidio en la, 449 y sigs.; involucional, 456; véase también Depresión.

Mellizos, 573.

Memoria, sistemas de la, 53; y negación, 171 y sig.

MENAKER (Esther) [Bibl. 1112], 417, 698.

Mendacidad, 325 y sig., 588 y sigs.; véase también Pseudología.

MENG (Heinrich) [Bibl. —388, 1113 al 1122], sobre hijo único, 115, 573; sobre pubertad, 136; sobre anorexia, 198, 298; sobre neurosis de angustia, 218; sobre insomnio, 220; sobre órgano-neurosis y psicosis, 294 y sig.; sobre patapsicosis, 296; sobre delgadez patológica, 298; sobre tartamudeo, 360; sobre caracteres "gobernados por los instintos", 421; sobre psicoterapia, 628; sobre el psicoanálisis como terapia, 633; bibliografía, 698.

MENNINGER (Karl) [Bibl. —728, 1123 al 1139³], sobre complejo de castración femenino, 204; sobre perturbaciones psicogénicas del embarazo y el parto, 204, 285; sobre resfriados comunes, 275, 288 y sig.; sobre neurosis cardíacas, 290; sobre hipertensión, 291; sobre enfermedades orgánicas, 298; sobre epilepsia, 304; sobre el superyó de los neuróticos impulsivos, 420; sobre suicidio parcial, 451; sobre psiquiatría psicoanalítica, 467; sobre autodestrucción, 491 y sig., 559; sobre psicoterapia, 628; sobre tratamiento psicoanalítico en clínicas, 629; bibliografía, 683, 698.

MENNINGER (William C.) [Bibl. —49, 1140 al 1144], sobre catexis anal de las funciones orales, 95; sobre formaciones substitutivas anales, 207, 313, 318, 544; sobre factores emocionales durante el embarazo, 285, 430; sobre alcoholismo, 427; sobre delirios de persecución, 481; sobre psicoterapia, 620 y sig., 629; bibliografía, 660, 699.

MENNINGER-LYLE (Jeanetta) [Bibl. 1145], 630, 699.

Menopausia, véase Climaterio.

Menstruación, la primera, 134; significado inconsciente de la, 277; perturbaciones de la, 277 y sigs., 462.

Menstruales (perturbaciones), 277 y sigs., 462.

Mental, "constipación—", 211; metabolismo, 459; elasticidad, 601; higiene, 649 y sig., 653 y sigs.; debilidad— y tratamiento psicoanalítico, 641.

Mentir (el), y la negación, 173; en la neurosis obsesiva, 325 y sig.; como rasgo de carácter, 588 y sigs.; en la pseudología, 588 y sigs., 590.

Mesmerismo, 18.

Metabolismo, mental, 459; cambios cíclicos en el— del agua, 278.

Método (s), (el) de investigación en psicología, 20; y teoría, 37; el psicoanálisis como, 37 y sigs.; (los) de investigación de las primeras fases de desarrollo, 49 y sigs.; (los) de regulación de la autoestima, 57 y sigs.; (los) de control véase Control.

Metrazol, 631.

METZE (Alexander) [Bibl. 1146], 489, 699.

MEYER (Albrecht) [Bibl. 1147], 55, 699.

Mezclas de instintos, 78.

Mezquindad, 547.

Micción, véase Orinar.

Microcosmo (el) de las palabras, 335 y sigs.

Micropsia, 262.

Midas (el Rey), 256 y sig., 310 y sig., 433.

Miedo, (el) como angustia "amansada", 60, 158, 171; a la masturbación, 96 y sig.; a la pérdida de control, 203, 237, 269; de soñar, 221; y desco, 227; al retrete, 232, 314 y sig.; (temor) acerca del bienestar de otras personas, 239; a la muerte, 242 y sig., 325, 606; a la angustia, 244; a los cambios, 341, 560, 572; a los niños, 377; a los muertos, 445; de ser pisado, 229; repentino, 33; a las experiencias nuevas, 134; postergación del, 190 y sig.; e inhibiciones, 207 y sig.

MILHORAT (Ade T.) [Bibl. —1311], 286, 706.

Militar (la vida), 146 y sig., 150 y sig., 627.

MILLER (Emmanuel) [Bibl. 1148], 153, 699.

MILLER (Joseph S.) [Bibl. 1149], 153, 699.

MILLER (Milton L.) [Bibl. 1150, 1151], 290, 292, 699.

MILLET (John A.) [Bibl. 1152], 221, 699.

Mímicas (expresiones), 361 y sig.; 476, 490 y sig.

Mimos excesivos (los), como causa de fijación, 85; y complejo de Edipo, 125.

Miopia, 293 y sig.

Mirar = comer, 92, 104, 241, 262, 393, 548 y sig.; en lugar de actuar, 393; el placer de, véase Escopofilia.

Miseria y neurosis, 653.

Mística (tradición), en el psicoanálisis, 18.

Mitos, personales, 325; nacionales, 590.

Mnémicas, huellas, 29, 30, 53; huellas— musculares, 363 y sig., 432 y sig.

Modelos, para la sublimación, 168; buenos y malos, 555 y sigs.

MOELLENHOFF (Fritz) [Bibl. 1153], 242, 450, 699.

MONTAGU (M. F. Ashley) [Bibl. 1154], 274, 355, 396, 699.

MOORE (Merrill) [Bibl. —1544, 1155, 1156], 291, 427, 699, 714.

MOORE (T. V.) [Bibl. 1157], 403, 700.

Moral, psicología, 19; y complejo de Edipo, 195, 333, 410; y terquedad, 319; (la) y las formas de neurosis, 519 y sig., 649 y sigs., 652 y sig.; y sociedad, 649 y sig., 652 y sig.

"Moralización", 543.

Mórbidos, temores, véase Temores.

Morder, como fin oral, 84.

MORGENSTERN (Milan) [Bibliografía —1069], 641, 696.

MORRISON (Samuel) [Bibl. 1158], 700.

Mortificar (afán de) véase Despecho.

Moscas, miedo a las, 247.

Motilidad, inconsciente, 30, 258 y sig., 259 y sigs.; y percepciones, 52 y sig., 177 y sig.; desarrollo de la, 58 y sig.; y control del yo, 58 y sig., 283 y sigs., 361 y sig.; y trauma, 141 y sig.; inhibiciones de la, 210, 258 y sigs.; (la) y el dormir, 259 y sig.; y distonía, 283 y sigs.

Motivos de defensa, 154 y sigs.

Motor—a (s), control— del yo, 58 y sigs., 283 y sigs., 361 y sig.; actividad— y trauma, 141; inhibiciones, 210, 258 y sigs.

Motoras (perturbaciones), en las neurosis traumáticas, 144; histéricas, 258 y sig.; compulsivas, 311 y sig.; en el tic, 360 y sigs.; en la catatonía, 475 y sig., 490 y sigs.

Movimientos de descarga, y acción, 58 y sigs., 362, 414 y sig.

MOWER (James W.) [Bibl. 1159], 431, 477, 700.

"Muecas (hacer)", el juego infantil de, 361, 490.

Muerte, instinto de, 78 y sigs., 406 y sig.; de un progenitor, 116 y sig., 573; significado inconsciente de la, 117, 242, 325, 606; y dormir, 222; miedo a la, 242, 325, 606; deseos de, 242; duda obsesiva sobre una noticia de, 338, 400; y mutismo, 354; fantasías sobre la, 450 y sig.; ideas delirantes sobre la— de una persona, 468; fantasía de— y resurrección, 476, 631 y sig.

Muerto, identificación con el—, 443 y sig., 450; temor al, 444.

Múltiple (s), principio de función—, 232, 515 y sig., 522, 581; —personalidad, 184 y sig., 256; identificaciones—, 256, 448, 459, 568; identificaciones— en la mamá, 459.

Multitud, fobia a la, 232.

MÜLLER (conducto dc), 372.

MÜLLER (Josine) [Bibl. 1160, 1161], 101, 398, 700.

MÜLLER-BRAUNSCHWEIG (Carl) [Bibl. 1162 al 1164], 132, 210 y sig., 700.

Mundo, fantasías de destrucción del, 468 y sig.; fantasías de reconstrucción del, 476 y sig.; desear la desaparición de partes indeseadas del, 341; beneficios secundarios provenientes del— externo, 515.

MURRAY (C. D.) [Bibl. 1165], 282, 700.

Muscular (cs), erotismo, 91, 285, 362, 403, 606 y sig.; aparato— (perturbaciones órgano-neuróticas del), 283 y sigs.; huellas mnémicas, 363, 475 y sigs.; erotismo y sadismo, 403; perturbaciones, véase Motoras (perturbaciones).

Musical (capacidad), inhibiciones de la, 213.

Mutismo, histérico, 258, 289, 642; y castración, 341, 354 y sigs.; y muerte, 354; (cl) en la esquizofrenia, 469.

N

Nacimiento, y angustia, 42, 59; la experiencia del, 50; significado del— de un hermanito (a), 92, 115.

Nachdrängen, 175.

Narcisismo, primario, 52, 104, 467, 472 y sig.; 496, 568 y sig.; secundario, 57, 105 y sig., 472; (véase también Identificación, y Objetal, relación); (cl) y la clasificación de los instintos, 76 y

sig.; (cl) en el exhibicionismo, 92, 232 y sig., 358, 390 y sigs.; (cl) en la fase fálica, 97 y sigs.; y amor, 106 y sig.; regresión al, 188, 214 y sig., 451 y sig., 467 y sigs., 469 y sigs., 550 y sigs.; (cl) en las órgano-neurosis, 294 y sig.; (cl) de las personas enfermas, 294 y sigs., 300; (cl) en la hipocondría, 299 y sigs.; (cl) en la epilepsia, 305; (cl) en la torquedad, 319; (cl) en la superstición, 341 y sig.; (cl) en el tic, 362 y sig.; (cl) en la homosexualidad, 375 y sig., 381, 384, 479, 483 y sig.; (cl) en el transvestismo, 389; (cl) en la perversión, 414; (cl) en los caracteres "governados por las instintos", 421 y sig.; (cl) en la adicción a las drogas, 424 y sigs., 427; primario y manía, 457, 460 y sig.; (cl) en la esquizofrenia, 467 y sig., 469 y sigs., 491 y sig.; (cl) en la pseudo-sexualidad, 574 y sig.; véase también Narcisista, y Narcisístico—a (as).

Narcisista (s), psicópatas—, 421 y sigs., 563 y sigs., 629, 642; poder fascinante de la personalidad—, 568; tipo—, 585 y sig.; véase también Narcisístico—a (as), y Narcisismo.

Narcisístico—a (s), naturaleza de la "necesidad—", 57; necesidades sexuales y, 58, 105 y sig. 110, 223 y sig., 358, 414 y sig., 423 y sigs., 436 y sig., 441 y sig., 445 y sig., 568, 593 y sigs., 623 y sig., (véase también Autoestima), suministros, 58, 128, 161 y sigs.; 233 y sig., 279 y sigs., 292, 391, 397, 409 y sigs., 440 y sig., 445 y sigs., 535 y sig., 549, 568 y sig., 644 y sig.; tipo— de elección objetal, 121 y sig., 375 y sigs., 384 y sig., 436, 455, 571 y sig.; beneficio— en la identificación con los padres, 125; regresión, 188, 299 y sig., 467 y sigs., 469 y sigs., 491 y sigs.; orgullo— en el sufrimiento, 412; identificación, 447, 568 y sig.; triunfo— en la manía, 457 y sig.; huellas mnémicas, 475 y sigs.; fijación, 494, 592 y sig.; neurosis— y neurosis de transferencia, 501, 621 y sigs., 637 y sig.; véase también Narcisista (s), y Narcisismo.

Narcolepsia, 261.

Narcosíntesis, 625 y sig.

Naturaleza, reacciones del hombre a la, 238 y sig., 488.

NEEDLES (William) [Bibl. 1167], 254, 700.

Negación, 25, 53, 164, 170 y sig.; y re-

presión, 156, 170 y sigs., 175; en la fantasía, 171, 568, 589 y sig., 341 y sig.; y memoria, 171 y sig.; y mentir, 173, 588 y sigs.; y magia, 341; y fetichismo, 338; (la) en la manía, 460; (la) en la esquizofrenia, 478; de síntomas, 513; de la angustia, 536 y sig.; de la culpa, 557.

Negativismo, en la esquizofrenia, 469, 475.

Negativo—a (s), complejo de Edipo, 110 y sig., 112, 256, 377, 404; alucinaciones, 156 y sig., 261; reacción terapéutica, 339, 551 y sig.; (s) las neurosis como— de la perversión, 403.

NELKEN (Jan) [Bibl. 1168], 489, 700.

Nervioso (a), derrumbe, 507 y sig., 511, 615; transpiración, 219, 292.

NESTROY (Johann), 441.

Neurastenia, 216 y sig., 218 y sig., 222 y sig., 279, 282 y sig., 300; dolor de cabeza en la, 219; temblores en la, 219.

Neurosis, definición de la, 32 y sigs.; 154 y sigs.; experimental, 33 y sig.; y conflicto neurótico, 197 y sig.; y psicosis, 156, 466 y sigs., 614 y sig., 637 y sigs.; terapia de las, 616 y sigs.; profilaxis de las, 647 y sigs.; actuales, véase Actuales (neurosis); traumáticas, véase Traumáticas (neurosis); de angustia, véase Angustia (neurosis de); de transferencia, véase Transferencia; malignas, 615; tregua en las, 613 y sig.; estacionarias y progresivas, 243 y sig., 348, 613 y sigs.; la estimulación como factor precipitante en las, 508; la teoría de las, véase Teoría de las neurosis; vegetativas, 291; (las) vegetativas como equivalentes afectivos, 273; véase también Neurótico (conflicto); sintomáticas y neurosis de carácter, 32, 592 y sig., 598; experimental, 30 y sig.; substitutivas, 618 y sig.; "de los domingos", 230, 528; evolución clínica de las, 243 y sigs.; 347 y sigs., 609 y sigs.; "pato-cura" de las, 298, 611; la herencia en la, 346, 413, 452 y sig.; miseria y, 653; civilización y, 651 y sig.; condicionamiento histórico de las, 35, 49, 312; tipos de repetición en las, 603 y sigs.; demoníaca (una), 651.

Neurosis impulsivas, 414 y sigs., 565; la terapia en las, 434 y sig.; y depresión, 455; y manía, 461; artificiales, 620 y sig.

Neurosis obsesiva, el pensamiento en la, 68, 335 y sigs.; formaciones reactivas en la, 179 y sig., 326 y sigs.; síntomas de dos fases en la, 181, 309, 330; eta-

pas finales en la, 212 y sig., 332, 615; (la) como entidad nosológica, 407 y sigs.; el superyó en la, 308 y sigs., 330 y sigs.; y complejo de Edipo, 311; la regresión en la, 312 y sigs.; los mecanísmos de defensa en la, 325 y sigs.; el doble frente del yo en la, 330 y sigs.; magia y superstición en la, 341 y sigs.; la actitud física en la, 345; etiología diferencial en la, 346 y sigs.; aguda y crónica, 347 y sig.; predisposición para la, 346 y sigs.; evolución de la, 347 y sigs.; y angustia, 348 y sig.; la terapia en la, 350 y sigs.; y perversión, 368; y esquizofrenia, 497 y sig.; el delirio en la, 498; beneficios secundarios en la, 516; formación reactiva contra la, 588, 591; y carácter compulsivo, 592; el núcleo histérico en la, 614; artificial, 619 y sig.; véase también Neurótico-obsesivo.

Neurótico-a (s), carácter (Alexander), 423, 563 y sigs., 592; exageraciones— de la realidad, 175, 307, 430 y sigs.; (véase también Obsesiones); el sintoma, 34, 225 y sig.

Neurótico (conflicto), definición del, 32 y sigs., 154 y sigs.; el mundo externo en el, 155 y sig.; el superyó en el, 157 y sig.; y neurosis, 197 y sig.; síntomas clínicos directos del, 197 y sigs.

Neurótico-obsesivo, el pensamiento— como reparación, 182, 309, 341 y sigs.

Neurótico-obsesivos (síntomas), (los) como reparación, 182, 309, 341 y sigs.; y masturbación, 311; y sistema, 330; (los) y la aflicción, en la neurosis obsesiva, 36.

Neurótico-traumáticos (síntomas), 141.

NEWELL (H. Whitman) [Bibl. 1169], 628, 700.

NICOLINI (Wilhelm) [Bibl. 1170], 455, 700.

Nicotina (la) como tóxico, 82.

Ninfomanía, 280 y sig., 552, 576 y sigs.

Niño = pene = heces, 111, 247, 253, 315, 320, 395.

Niños, histerias de angustia en los, 246 y sigs.; amor a los, 376 y sig.; miedo a los, 377; suicidio de, 450 y sig.; esquizofrenia en los, 495; análisis de, 215, 639 y sigs.

Nirvana (principio del), 26, 77.

Nombres, olvido de, 28; magia de los, 64, 336.

Normalidad, definición, de la, 646.

Nostalgia, 454 y sig., 623 y sig.

Núcleos del yo, 56.

Númeroa (magia de los), 181, 328; mágicos o favoritos, 328.
 NÜNBERG (Herrmann) [Bibl. 1171 al 1182], sobre función sintética del yo, 70; sobre superyó, 127; sobre sentimiento de culpa, 163; sobre vergüenza, 164; sobre homosexualidad, 377 y sig., 480; sobre despersonalización, 471; sobre introyección en la esquizofrenia, 481 y sig.; sobre catatonia, 490, 501 y sig.; sobre psicoanálisis de la esquizofrenia, 501 y sig.; sobre la voluntad de recuperación, 600; sobre compulsión de repetición, 604; bibliografía, 700 y sig.

O

Obediencia automática, 475, 490 y sig.
 OBERNDORF (C. P.) [Bibl. 1183 al 1195], sobre pseudo-debilidad, 210 y sig.; sobre oler y humear, 287, 365; sobre asma, 288; sobre urticaria, 293; sobre el tiempo, 322; sobre despersonalización, 470 y sig.; sobre caracteres cíclicos, 592; sobre análisis de niños, 640; sobre estadísticas terapéuticas, 646; bibliografía, 701.
 Obesidad, 277 y sigs., 298; cíclica, 277 y sig.
 Objetal (es), tipos arcaicos de relación, 50 y sigs., 104 y sigs., 279 y sig., 568 y sig.; amor-pasivo, 58; libido— y libido del yo, 76 y sig.; relaciones— e identificación, 105 y sig.; 30 y sigs., 375 y sig., 382 y sigs., 436 y sigs., 443, 446 y sigs.; representaciones, 50 y sig., 299 y sigs., 468; relaciones— que no son de amor u odio, 108 y sig.; relaciones— en la pubertad, 136 y sig.; relaciones— del neurótico obsesivo, 334 y sig.; pérdida de las relaciones, 468 y sigs.; (véase también Regresión narcisística); relaciones— en la esquizofrenia, 488 y sig.; representaciones— y representaciones verbales, 489 y sig.; véase también Objeto.
 Objetivos conceptuales, y regla básica, 37.
 Objeto (s), primera nostalgia de los, 50; representación (es), relación (es) de objeto, véase Objetal (es); descubrimiento de los, 51, 467, 492; de los instintos, 73; (los) percibidos como excrementos, 87, 107 y sig., 174, 481; (los) como ideal y como buen ejemplo, 108, 133, 568 y sig.; (véase también Ideal del yo); (los) como mal ejemplo, 108, 555 y sig.; (los) como

meros instrumentos, 108, 574 y sigs.; cambio de— en la niña, 111 y sigs.; tipos de elección de, 121 y sig., 376, 384 y sig., 436, 455, 571 y sig.; (los), representados por órganos, 301 y sig., 467, 469, 479 y sigs.; (véase también Introyección); (los) como testigos en los conflictos intra-psíquicos, 298 y sig., 333 y sig., 390, 554 y sigs.; 578, 589 y sig.; elección de—, y sexo, 371 y sig.; (los) de los homosexuales masculinos, 377 y sig.; tipo "anaclítico" de elección de, 388; carácter intercambiable de los, 415, 436 y sig.; (véase también Necesidades narcisísticas y sexuales); conducta patológica frente a los, 566 y sigs.; hambre de— en la manía, 457 y sigs.; véase también Objetal (es).
 Obscenas (palabras), 64, 336 y sig., 355, 396 y sig.
 Obsesión (es), economía de la, 176, 307 y sig.; la hipersexualidad como, 280; (la) como derivado, 307; y religión, 330, 342; y fobia, 307 y sig.; y delirio, 307; y compulsión, 307 y sigs.; de los horarios, 324 y sig.; placenteras, 344 y sig.; los "hobbies" como, 430 y sigs.; 537, 539, 596 y sig., 620, 628; y perversión, 431 y sigs.; e inhibición, 215; (la) de incesto, 307 y sig.; homosexuales, 307 y sig.; de homicidio, 307 y sig.; (las) como derivados, 307.
 Obsesivo-a (s), masturbación, 222, 281, 310, 433, 574; cavilación, 234, 330, 338 y sig.; pensamiento, 328, 330, 335 y sigs.; preparativos, 338 y sig.; hobbies, véase Obsesión; pseudo-sexualidad, 433 y sig.; neurosis, véase Neurosis obsesiva.
 Obstinación, 237, 318 y sigs., 555, 596.
 "Océánico (sentimiento)", 56 y sig., 107, 397 y sig., 402, 450, 454 y sig., 477, 492.
 Océano (nostalgia de), 416.
 Oculares, véase Ojo.
 Ocupacional (terapia), 620 y sig., 628 y sig.
 ODIER (Charles) [Bibl. 1196 al 1198], 127, 392, 544, 701.
 Odio, y amor, 51, 54, 79, 105 y sigs., 479 y sigs.; a sí mismo (en la depresión), 442 y sig.
 O'DONOVAN (W. J.) [Bibl. 1190], 292, 701.
 Oído, uso sexual del, 93; introyección por el, 93, 104, 357.
 Ojo (s), cerrar los— durante la hora analítica, 37; introyección por el, 91 y sig., 104, 241, 262, 393, 548 y sig.; "mal de—", 92, 164; síntomas del— en la

histeria, 261 y sig.; = boca, 262, 436, 548 y sig.; síntomas órgano-neuróticos del, 293 y sig.
 OLDEN (Christine) [Bibl. 1200 al 1202], 221, 319, 396, 555, 568, 701.
 Olfativo-a, (erotismo), 93, 365; orientación— de los neuróticos obsesivos, 318.
 Olfato (erotismo del), 93, 365.
 Oliguria histórica, 253.
 Olores, fobia a los, 232; y fetichismo, 387.
 Olvido, de nombres, 28, (el) como resistencia, 42; y represión, 175.
 Omnipotencia, de los movimientos, 56; infantil, 56, 341 y sigs., 472 y sig.; de los gestos, 56, 475; y autoestima, 56 y sigs.; anhelo de una unión restauradora de la, 56 y sig., 85, 107, 128, 397 y sig., 405, 411, 436 y sigs., 446 y sigs., 454 y sig., 457 y sigs., 481, 538, 549, 568 y sig., 623 y sig., 652; (véase también Sentimiento oceánico, y Autoestima); creencia en la— de los adultos, 57, 454 y sig.; de los pensamientos, 64, 337 y sigs., 498; de las palabras, 64 y sig., 336 y sig., 354 y sig., 475; y amor, 106; y trauma, 147 y sig.; juegos obsesivos que giran alrededor de la, 341 y sig.; y asna, 364 y sig.; y depresión, 436 y sigs.; y suicidio, 449 y sigs.; y manía, 457, 460 y sig.; (la) en la megalomanía, 472; y sig.; (la) como defensa, 593.
 Operación (es), y temor a la castración, 99; (las) como trauma, 148; alucinosis después de una, 478; mutilantes, 296 y sig.
 OPHUIJSEN (J. H. W. van) [Bibl. 1203 al 1206], sobre fines sádicos, 84, 403; sobre ideas de persecución, 174, 479, 481; sobre enfermedad orgánica del cerebro, 297; sobre pseudo-hipersexualidad en la mujer, 552; bibliografía, 701.
 OPPENHEIM (Hans) [Bibl. 1207], 701.
 Optativo (pensamiento), 65 y sig.; véase también Pensamiento mágico.
 Optimismo oral, 545.
 Opuesto (transformación en lo), 168; representación por lo, 230, 238, 239.
 Oráculo (s), 343 y sig., 419; animal y perro de policía, 18; (el) mal interpretado, 343 y sig., 419.
 O'DONOVAN (W. J.) [Bibl. 1190], 292, 701.
 Oído, uso sexual del, 93; introyección por el, 93, 104, 357.
 Ojo (s), cerrar los— durante la hora analítica, 37; introyección por el, 91 y sig., 104, 241, 262, 393, 548 y sig.; "mal de—", 92, 164; síntomas del— en la

Sadismo oral; fijación, 117, 455; inhibiciones, 204 y sigs.; ambición, 357; carácter, 438, 545 y sigs.; envidia, 548; optimismo, 545; espíritu vengativo, 545; véase también Oral (erotismo).

Oral (erotismo), naturaleza del, 81 y sigs.; y hambre, 82; y sadismo, 83 y sig., 111, 281, 403 y sig., 415 y sigs., 423 y sigs., 438 y sig., 545 y sigs.; y escopofilia, 91 y sig., 393, 548 y sig.; y sentimientos de culpa, 152 y sigs., 163; y asco, 164; y eyaculación precoz, 201; e inteligencia, 210 y sig., 549; (el) y el dormir, 222; y ninfomanía, 281; y úlcera péptica, 281 y sig.; y erotismo de la piel, 292, 365, 403; (el) en la terquedad, 319; (el) en el tartamudeo, 356 y sig.; (el) en el tic, 362; (el) en el asma, 364; (el) en la homosexualidad femenina, 384; (el) en los impulsos patológicos, 415 y sigs.; (el) en los caracteres "gobernados por los instintos", 422; (el) en la adicción a las drogas, 423 y sigs.; (el) en el alcoholismo, 427; (el) en la depresión, 438 y sig.; (el) en la esquizofrenia, 488, 494.

Orden (afán de), 178 y sig., 318 y sig., 319.

"Orden de recordar", 172, 370.

Orfelinato (niños de), 573.

Orgánicas (enfermedades), superestructura histórica de las, 263; psicogénesis de las, 295 y sigs.; el cerebro, 296 y sig.

Órgano (s), proyección de, 480 y sigs.; representaciones de, 51 y sig., 295, 299 y sigs., 389, 467, 469; representaciones de— y representaciones objetales, 299 y sigs., 467, 468 y sig.; extrañamiento de, 300, 470; elección de— en la histeria de conversión, 263 y sig.

Órgano-neurosis, 272 y sigs.; y conversión, 272; clasificación de las, 272 y sig.; y psicosis, 294 y sig.; la terapia en las, 303 y sig.; beneficios secundarios en las, 516.

Órgano-neurótico-a (as), definición de los síntomas, 272 y sig.; hipotonía, 282 y sigs.; perturbaciones— de la visión, 293 y sig.

Orgasmo, (el) en los niños, 95 y amor, 106; capacidad de, 106, 136, 237; y neurastenia, 219; temor al, 237, 242, 450, 605 y sig.; (véase también Impotencia orgástica); y muerte, 242, 450; y ataques histéricos, 251; (el) en las perversiones, 368 y sig., 370; y suicidio, 450.

Orgástica (impotencia), 106, 237, 274 y sig., 574 y sig.
 ORGEL (Samuel C.) [Bibl. 1208], 177, 702.
 Orgullo, fálico, 97; (el) en la conducta neurótica, 513, 516; (el) como rasgo caracterológico, 553.
 Orina = lágrimas, 90, 252 y sig., 549 y sig.; = palabras, 340, 355 y sig.
 Orinar, instinto de, 74; (el) como fin sexual, 89; véase también Uretral (erotismo).
 ORR (Douglas W.) [Bibl. 1209 al 1211], 26, 204, 573, 702.
 "Ortodoxo" y "heterodoxo" (psicoanálisis), 636.
 Oscuridad (miedo a la), 239, 246.

P

Padre (s), papel normal del, 110, 111 y sigs.; (el) como modelo del superyó, 127; la identificación con el— en la niña, 382 y sigs.; (véase también Familia, Complejo de Edipo, y Superyó); (los) y el superyó como ideal, 125, 128 y sig.; (véase también Ideal, e Ideal del yo); identificación con los, 125 y sig.; destronamiento de los, 133.
 Paidofilia, 376 y sig.
 Paisajes, fobia a los, 239.
 Palabras, magia de las, 64, 336 y sig., 354 y sig., 475; omnipotencia de las, 64, 336 y sig., 475; = heces, 340 y sig., 353 y sigs.; = orina, 340, 355 y sig.; el microcosmo de las, 336 y sig., 340; obsenas, 64, 336 y sig., 353 y sig., 396 y sig.
 Paladar, significado sexual de, 93.
 Pánico, 60, 159 y sigs., 226 y sig.
 Parálisis, producida por la angustia, 59 y sig., 158 y sig.; histérica, 258 y sig.; general, 296.
 Paranoia (s) la proyección en la, 174 y sig., 478 y sigs.; y homosexualidad, 479 y sigs.; (la) en la mujer, 487; auténtica, 487 y sig., 499 y sig., 504; abortivas, 497; artificial, 504, 620.
 Paranoideas, ideas, 174 y sig., 479 y sigs.; tendencias— en la angustia social, 580; caracteres, 593.
 Parapraxias, véase Errores, Lapsus linguae.
 "Parásitos del superyó", 133, 149 y sig., 563, 626.
 Parciales (instintos), 81, 91 y sigs., 204 y sigs.; represión de los, 370 y sig., 388; colaterales, 81.

PARCHEMINEY (George) [Bibliografía —1226], 628, 703.
 PARKER (G. M.) [Bibl. 1212], 631, 702.
 PARMENTER (R.) [Bibl. —65], 33, 660.
 Partenaire, sobreestimación del amor del, 107.
 Participación, condicional, 57, 129, 549, 624, 652; en la omnipotencia (anbello de), 57 y sig., 83, 94 y sig., 107, 128, 396 y sig., 405, 411, 436 y sigs., 446 y sigs., 454 y sig., 457 y sigs., 481, 538, 549, 568 y sig., 623 y sig., 652; en la "bondad", 558.
 "Partidarios" de las personalidades paranoideas, 499.
 Parto, envidia del, 104 y sig.; perturbaciones psicogénicas del, 204, 285; alucinosis después del, 478.
 Pasado y presente (durante el análisis), 42, 635; véase también Transferencia.
 "Pasaje (del objeto) a través del yo", 481.
 Pasividad, viraje de la— hacia la actitud activa, 62 y sig., 94, 100, 144, 332, 405 y sig., 430 y sig., 536 y sigs., 604; viraje hacia la— en la niña, 111 y sig.; (la) como protección, 379 y sig., 397 y sigs., 405.
 Pasivo (amor objetal), 58.
 Pasivoreceptivo-a (s), (anhelos) en las neurosis traumáticas, 142; anhelos e impotencia, 198; (anhelos) en la neurastenia, 222; (anhelos) y enuresis, 268; control, 58, 71, 90, 94, 142, 222, 268, 282, 290, 365, 377 y sigs., 425, 477, 507, 514 y sigs., 524, 538 y sig., 547 y sigs., 573, 612, 620, 624, 652; (formas) del complejo de Edipo masculino, 117.
 PASKIND (Harry A.) [Bibl. 1213], 500, 702.
 Paterno (complejo) en los delirios, 470 y sigs.
 Pato-cura de las neurosis, 298, 611.
 Patógenas (defensas), 169 y sig.
 Patognomía, 490.
 Patológicos, impulsos, 413 y sigs., 565; impulsos— y compulsiones, 367, 430 y sigs.
 Patoneurosis, 295 y sigs., 509; la terapia en las, 303.
 Patopsicosis, 296.
 Patriotismo, 57.
 PATTERSON (Ralph M.) [Bibl. 1214], 286, 702.
 Pavimento, compulsiones del, 187.
 Pavor nocturnus, 222 y sig., 248.
 PAYNE (Sylvia) [Bibl. 1215], 388, 414, 702.

PEARSON (Gerald H. G.) [Bibl. —379], 628, 673.
 PECK (Martin W.) [Bibl. 1216, 1217], 464, 702.
 Pedagogía, interés por la, 376 y sig.
 Pegado (ser), como fin sexual, 292, 404, 406 y sigs.
 PEINE (Siegfried) [Bibl. 1218], 572, 702.
 Peligro, idea de— 60; los instintos como—, 69 y sig.; véase también Angustia, Temor.
 Peluceros, fobias a los, 185 y sig., 579.
 Pélvicos (músculos), espasmo neurótico de los, 285; véase también Vaginismo.
 PELLER-ROUBICZEK (Lili) [Bibliografía 1219], 450, 702.
 Pene, catexis narcisística del, 97 y sig.; idea del— pequeño, 97, 99 y sig.; = niño = excrementos, 111, 247, 253, 315, 320, 395, 399; "—cautivo", 204; hipacandria del, 302 y sig.; obsesiones referentes al—, en la mujer, 316; y homosexualidad femenina, 381; y sig.; = cuerpo, 398, 553; (el) como objeto de impulsos de robo, 417 y sig.; envidia del, véase Pene (envidia del), véase también Complejo de castración y Fálico.
 Pene (envidia del), formas reactivas de, 102; primaria, 102, 111; y cambio de objeto en la niña, 112; y frigidez, 203; e histeria, 264; y enuresis, 268 y sig.; y ninfomanía, 281; y transvestismo, 389 y sig.; y formación del carácter, 551 y sig.
 Pensamiento (s), (el) preconsciente, 63 y sigs., 125; (el) primitivo (prelógico), 63 y sigs., 250 y sig., 335 y sigs., 472 y sigs.; desarrollo del, 63 y sigs., 472 y sig.; optativo, 65 y sig.; plástico, 65 y sig.; (el) como acción "de ensayo", 65 y sig., 250, 335 y sigs.; (el) mágico, véase Mágico (pensamiento); y lenguaje, 67, 489 y sig.; preparatorio y pensamiento sustitutivo, 67 y sigs., 338 y sig.; compulsivo, 67, 328, 330, 335 y sigs.; concreto y abstracto, 68; y aislamiento, 186 y sig.; sexualización del, 211, 335 y sigs., 340 y sig.; y acción, 335 y sigs.; y erotismo anal, 340 y sig.; y despersonalización, 471; (el) en la esquizofrenia, 472 y sigs.; omnipotencia de los, 64, 337 y sigs., 498.
 Pentotal, 626.
 Penumbra, fobia a la, 231.
 Percepción (es), sistema de, 52 y sig.; y acto motor, 52 y sig., 73 y sig., 569 y sig.; tipos arcaicos de, 52 y sig., 569 y sig.; raíz oral de la, 53 y sig.; blo-
 quco defensivo de las, 52, 141 y sig., 156 y sig., 170 y sigs., 175 y sig.; (véase también Desmayo); primaria, 73; y emoción, 55; "carácter de provocación" de las, 73; perturbaciones históricas de la, 261 y sig.; represión de las— internas, 262, 283 y sig., 300, 470 y sig.; y alucinaciones, 477 y sigs.
 Perceptivo (s), estímulos— y estímulos instintivos, 73; peligro— y peligro instintivo, 231.
 Pérdida, de las relaciones objetales, 468 y sigs.; (véase también Regresión narcisista); (la) de reaseguramiento, como factor precipitante en las neurosis, 510.
 Pérdida de amor, angustia por la, 61, 122, 147 y sig., 162, 198, 202 y sig., 289, 309, 398, 436 y sigs., 571 y sig., 578 y sig.; y trauma, 147 y sig.; e impotencia, 199; y frigidez, 202 y sig.; y síntomas cardíacos, 290; (la) en las amenazas obsesivas, 309; (la) en la depresión, 436 y sigs.; y muerte, 242; y celos, 571 y sig.
 Pérdida del control, angustia por la, 203, 237, 269 (véase también Excitación, temor a la propia); y frigidez, 203 y sig.; y enuresis, 269.
 Perdón, necesidad de, 128, 163, 193 y sigs., 333 y sig., 402 y sig., 406, 410 y sig., 415 y sigs., 554 y sig., 558 y sig., 580, 620 y sig.; forzar el—, o lograrlo por extorsión, 409 y sigs., 415 y sigs., 419, 424 y sigs., 433, 436 y sigs., 440 y sig., 445 y sigs., 449 y sigs., 555, 558 y sig., 568; véase también Suministros narcisísticos.
 Perfumes, adicción a los, 233.
 Periódica (s), embriaguez, 428; catatonias, 501.
 Periodicidad, de los actos instintivos y punitivos, 331 y sig., 462; (la) en los trastornos maniaco-depresivos, 452 y sig., 461 y sig.; de los instintos, 461 y sig., 604.
 Perplejidad, en la esquizofrenia, 471.
 Perro de policía y oráculo animal, 18.
 Persecución, ideas de, 479 y sig.
 Personalidad (la) del analista, 644 y sig.; véase también Carácter.
 Perversiones, y sexualidad infantil, 74 y sig., 368 y sigs.; orales, 82, 396; anales, 164, 313 y sig., 394 y sigs., 401, 409, 488 y sig.; e impotencia, 200; e hipersexualidad, 280 y sig.; y compulsiones, 367, 433; en general, 367 y sigs.; latentes, 368; combinaciones de neurosis y, 412; y constitución, 412; y psicosis,

414; y obsesiones, 431 y sigs.; compulsiva. 433; artificiales, 620, 623 y sig.
 Perverso (el síntoma) como compromiso, 368 y sig.
 Perverso polimorfo (el niño como), 80.
 Pesadillas, 220, 222 y sig.
 Pesimismo oral, 545.
 Peso (alteraciones periódicas de), 278 y sig.
 PFEIFER (Sigmund) [Bibl. 1220], 279, 702.
 PFISTER (Oskar) [Bibl. 1221 al 1225], 190, 418, 702.
 Picaportes (fobia a los), 243.
 PICHON (Edouard) [Bibl. 1226], 628, 703.
 Pie, fetichismo del. 370, 385; = pene, 385.
 Piedra (convertirse en), como castigo, 92, 207 y sig.; fobia a, 228; véase también Medusa.
 Piel, introyección por la, 91, 104; síntomas órgano-neuróticos de la, 292 y sigs.
 Piel (erotismo de la), 90 y sig., 268, 292; y enuresis, 268; y sadismo, 292, 403; y masoquismo, 292, 409 y sig.; (el) en los impulsos patológicos, 415; (el) en la piromanía, 418; (el) en los caracteres "gobernados por los instintos", 422; (el) en la adicción a las drogas, 423 y sig.; (el) en la depresión, 439.
 Piel, fetichismo de las, 386.
 Pineal (glándula), tumor de la, 298.
 Pintura, inhibiciones en la, 213; y erotismo anal, 323.
 Piromanía, 418.
 Pisado (ser), temor de, 229.
 Placer, explicación económica del, 28 y sig.; principio de, 56, 94, 210 y sig., 405, 414, 461, 534, 647; y relajación, 28 y sig.; principio de— y masoquismo, 94, 405; y deber, 214; y dolor en la histeria, 254 y sig.; (el) en las perversiones, 371; principio de— y manía, 461; la experiencia del— como terapia, 610; preliminar, 81, 86, 168, 279, 338, 368, 391 y sig., 393, 405, 554; funcional, 26, 62 y sig., 536 y sig.; yo "de—puro", véase Yo; final; (véase también Orgasmo).
 PLANK-SPIRA (Emma) [Bibl. 1227], 212, 703.
 Plástico (pensamiento), 65 y sig.
 Plegaria (la), 332, 436.
 Poder, y erotismo anal, 87; afán de, 280, 323, 399, 536, 538 y sig., 558 y sig., 575; y triunfo, 458; véase también Omnipotencia.
 Poesía, 64,
 POETZL (Otto) [Bibl. 1228], 30, 703.
 Policía (agente de), miedo al, 126; perro de— y oráculo animal, 18.
 POLLAK (Franz) [Bibl. 1229], 467, 703.
 Pornografía, 336 y sig., 396 y sig.
 Posesión (sentimiento de), 87, 320.
 Postambivalente (etapa), 124, 530.
 Postergación, de reacciones, 56, 58; de la aflicción, 190, 442 y sig.; de afectos, 190 y sig.
 Posthipnótica (sugestión), 28.
 Postoperatoria (alucinosis), 478.
 Postoperatorias (neurosis traumáticas), 158; psicosis, 296 y sig.
 Posturas catatónicas, 476.
 Potencia, condiciones para la, 200 y sig.; y lenguaje, 341, 355 y sig.; orgullo narcisístico de la, 574.
 PRATT (John) [Bibl. 1230], 630, 703.
 Preambivalente (fase), 84, 124.
 Precipitantes (factores), en las neurosis, 146, 148 y sig., 507 y sigs.; en la depresión, 439 y sig.; en la esquizofrenia, 494 y sig.
 "Preconciencia", 125.
 "Preconsciente" (lo), 29, 30 y sig., 63.
 Predisposición, a la neurosis, 132, 146 y sig., 169; a la neurosis obsesiva, 346 y sigs.; (la) en la toxicomanía, 424; a la depresión, 445, 453 y sigs.; véase también Constitución.
 Preedípico (vínculo) con la madre, en la niña, 111 y sigs., 384 y sig., 487, 553; y frigidez, 203; (el) en la homosexualidad femenina, 382 y sig., 384 y sig.; (el) en la paranoia en la mujer, 553; y carácter, 553.
 Pregonal (es), período, 80 y sig.; equivalentes masturbatorios, 97; conversiones, 288, 353 y sigs.
 Pregonalidad, en la pubertad, 135; (la) como objeto de sublimación, 168 y sig.; e impotencia, 200; y frigidez, 202 y sig.; (la) en la neurastenia, 222; (la) en la enuresis, 268 y sig.; (la) en el fetichismo, 385 y sig.; y sadismo, 403 y sig.; (la) en la esquizofrenia, 489, 494; y carácter reactivo, 529 y sig., 586 y sig.
 Preguntas (hacer) obsesivamente, en los niños, 92.
 Prelógico (pensamiento), 63 y sigs., 250, 335 y sigs., 472 y sig.
 Premenstruales (trastornos), 277 y sig.
 Preparativos obsesivos, 338 y sig.
 Preparatorio (pensamiento), 66 y sigs., 338 y sig.
 Presente; véase Pasado y presente.
 Presión sanguínea, 291 y sig.

Prestado, sentimiento de culpa "tomado de—", 194.
 Prestigio (afán de), 272, 400, 535 y sig., 538 y sig., 575.
 PREYER (W.) [Bibl. 1231], 469, 703.
 Primacia genital, 81, 95, 106, 168, 304, 368 y sig., 530, 564, 583, 636; y perversiones, 368 y sig.
 Primario-a (s), fantasías, 115; depresión, 148, 453 y sigs.; proceso, 29, 30, 65, 66, 473, 533; escena, véase Escena primaria.
 Primitivización, en las neurosis traumáticas, 142, 146 y sig.; en la esquizofrenia, 466 y sigs., 475; por la terapia de shock, 632.
 Principios e ideales, 125 y sig.
 Proceso (psicosis de), y episodios esquizofrénicos, 466, 494 y sig., 500.
 Prodigalidad, 323.
 Profano (psicoanálisis), 627 y sig.
 Profesión (elección de), 573.
 Profesional (es), inhibiciones, 208, 213; neurosis, 213, 577; delirio— alcohólico, 429.
 Profilaxis de las neurosis, 647 y sig.
 Progenitores, ser separado de uno de los— en la infancia, 117 y sig.; perder a uno de los— en la infancia, 117 y sig.
 Progresivas y estacionarias (neurosis), 243 y sig., 348, 613 y sigs.
 Pronóstico (el) en la esquizofrenia, 500 y sig.; véase también Psicoanálisis terapéutico.
 Propiciación, y rebelión, 377 y sig., 397 y sig., 409 y sig., 421 y sig., 436 y sigs., 440, 446 y sigs., 448 y sig., 372 y sig., 554 y sig., 559 y sigs., 568 y sigs., 579, 627; en el masoquismo, 405, 409 y sigs.
 Propiedad (sentimiento de), 87, 320.
 Propiocepción, 55.
 Próstata (la) como zona erógena, 89, 98, 104, 123, 379.
 Prostático (el erotismo) en la eyaculación precoz, 201.
 Prostitución, 184, 544; fantasías de— en la mujer, 552.
 Protección, condicional, 56, 129, 549, 624, 652 y sig.; contra la estimulación excesiva, 141 y sig., 292; la rutina como, 325.
 Provocación, (características de), en la perecepción, 73; en el masoquismo, 409 y sig.
 Proyección, (la) como intento de recuperación, 56 y sig.; del superyó, 130, 133, 194 y sig., 482 y sigs., 555 y sigs., 578 y sig.; (la) como mecanismo de

defensa, 173 y sigs., 478; base real (objetiva) de la, 174, 480, 485; y represión, 176; de afectos, 212; de sentimientos de culpa, 194, 478, 482 y sigs., 555 y sig.; (la) en la histeria de angustia, 231 y sig., 235 y sigs., 244; (la) en las reacciones del hombre a la naturaleza, 238 y sig., 488; (la) en la manía, 460 y sig.; (la) en las ideas de persecución, 479 y sigs.; del superyó en los delirios, 479 y sigs.; (la) en los celos, 484 y sig., 571; (la) en la lucha contra la angustia, 535; de ideales, 568 y sig.

Prueba (análisis de), 644 y sig.
 Prueba por la realidad (de realidad), véase Realidad.

Prurito, 293; (el) como patrón de la sexualidad, 75.

Pseudo, hipersexualidad, 204, 269, 279 y sigs., 421, 430, 433 y sig., 552, 575 y sigs., 587; sexualidad, 204, 433 y sig., 574 y sigs.; debilidad, 210, 641; embrazo histerico, 251 y sig.; angina pectoris, 302 y sig.; hermafroditismo, 413; alucinaciones, 496 y sig.; objetos (relaciones), 498 y sig., 533, 566 y sigs., 593; emocionales (tipos), 534.

Pseudología, 325 y sig., 588 y sigs.; véase también Mentir.

Psicoanálisis, y psicología, 21, 25 y sig., 521; el racionalismo en, 17 y sig.; (el) como método, 37 y sigs., 632 y sigs.; didáctico, 44 y sigs.; limitaciones del— en el terreno de la esquizofrenia, 467 y sig.; y psiquiatría, 467; (el) como ciencia y como terapia, 616; (el) profano, 627 y sig.; (el) como método terapéutico, 632 y sigs.; indicaciones del, 637 y sigs.; capacidad creadora y, 643; estadística sobre resultados terapéuticos del, 646.

Psicoanálisis terapéutico, véase Terapia psicoanalítica.

Psicoanalítica (comprensión) en la psicoterapia no analítica, 622 y sig., 628 y sig.

Psicoanalítico (tratamiento), definición del, 636; indicaciones del, 637 y sigs.; contraindicaciones del, 639 y sigs.; duración del, 636 y sig.; véase también Terapia psicoanalítica.

Psicología, y magia, 17 y sigs.; y biología, 18 y sig.; leyes generales en, 19; y moral, 19; y sociedad, 19 y sig.; requisitos de una— científica, 18 y sig.; métodos de la, 20; de las masas, 556 y sig.; y psicoanálisis, 20 y sig., 25 y sig., 521.

Psiconeurosis, definición de las, 33 y sig.; base fisiológica de las, 275; combinaciones de— y neurosis traumáticas, 603 y sigs.

Psicopatía, 195, 367, 421 y sigs., 496 y sig., 563 y sigs., 629, 642.

Psicopatología de la vida cotidiana, 27, 225, 256, 353.

Psicosis, importancia heurística del análisis de la, 49 y sig., 506; y organoneurosis, 294 y sig.; y psicología de las personas enfermas, 296; postoperatoria, 296 y sig.; y perversión, 414; el psicoanálisis en la, 463 y sigs., 501 y sigs., 637; y patoneurosis, 296; y neurosis, 463 y sigs., 492 y sigs., 496, 614 y sig., 637 y sigs.

Psicosomática, 272 y sigs.; véase también Órgano-neurosis.

Psicoterapia (la) en las neurosis traumáticas, 152 y sig.; eficacia de la, 616 y sigs.; componentes "racionales" de la, 617, 620 y sig.; y terapia de shock, 631 y sig.

Psíquica (dinámica), 25 y sigs.

Psíquico, línea de separación entre lo— y lo físico (el instinto como), 73.

Psiquiatría, y magia, 17 y sigs.; y psicoanálisis, 467.

Psiquiátrica (asistencia social), 653 y sig.

Psoriasis, 292.

Pubertad, y neurosis, 28, 508, 567; intereses intelectuales en la, 64; psicología de la, 134 y sigs.; la homosexualidad en la, 135 y sig., 371; prolongación (indebida) de la, 137; la impulsividad en la, 135; la grosería en la, 136; eclosión de la esquizofrenia en la, 474.

Pudor, 551.

Pulgar (succión del), 82, 99, 438.

Q

Quimismo, de los instintos, 73; de la sexualidad, 75; perturbado, de la persona insatisfecha, 273 y sig.

Quinke (edema de), 291.

R

RAALTE (Frits van) [Bibl. 1232], 222, 703.

RABINER (A. M.) [Bibl. 1233], 298, 703.

Rabia, desplazada, 35; (la) en las neurosis traumáticas, 143; postergación de

la, 190, 274, 305; y apatía, 216, 535; y miedo a la muerte, 241; latente, 274, 305; y espasmos, 285; y tic, 361; véase también Agresividad.

Racionalismo (el) en el psicoanálisis, 17 y sig.

Racionalización, 206, 423, 461, 542 y sig.

RADO (Sandor) [Bibl. 1234 al 1244], sobre autoestima, 57; sobre autotomía, 75, 98, 411; sobre casos de "mal menor", 94, 405, 559; sobre bisexualidad, 104, 372; sobre temor a la castración, en la mujer, 122; sobre hipnosis, 133, 149, 563, 623, 626; sobre descargas de emergencia, 141; sobre neurosis traumáticas, 148, 149 y sig., 605; sobre angustia de castración, 211 y sig.; sobre madres ansiosas, 239; sobre psoriasis, 292; sobre idealización, 332, 510, 542; sobre adicción a las drogas, 424 y sig.; sobre "adictos al amor", 436; sobre depresión, 437 y sig., 449, 451, 462 y sig.; sobre trastornos maniaco-depresivos, 462 y sig.; sobre psiquiatría y psicoanálisis, 467; sobre definición del carácter, 523; sobre imago "buena" y "mala" de los padres, 543; sobre traumatofobia, 605; sobre "elaboración" analítica, 636; bibliografía, 703.

Rainera, el amor a una, 572.

RANGELL (Leo) [Bibl. —1100], 362, 697.

RANK (Beate) [Bibl. 1245], 297, 703.

RANK (Otto) [Bibl. 1246 al 1252, —504], sobre el exhibicionismo, 92, 391; sobre Don Juan, 279; sobre la perversión, 368; sobre narcisismo, 472, 568, 592 y sig.; sobre el arte, 556; sobre abreacción, 625; bibliografía, 676, 704.

"Rapport" (el) en la hipnosis, 620, 623; véase también Transferencia.

Raptos, afectivos, 34 y sig., 143; histéricos, 251 y sigs.; epilépticos, 304; actos con carácter de, 491.

"Rareza" de los esquizoides, 498 y sigs.

Rasearse, 75.

Rasgos reactivos de carácter, 179 y sig., 526 y sigs., 586 y sig.

RAWSON (Arnold T.) [Bibl. 1253], 559, 704.

Raynaud (enfermedad de), 291.

Razonable (yo) ausencia de un, 642 y sig.

Reacción (es) terapéutica negativa, 339, 559 y sig.; del hombre a la naturaleza, 238 y sig., 471; epilépticas en las neurosis traumáticas.

Reactivo (s), rasgos— de carácter, 179

sig., 526 y sigs., 586 y sig.; tipo— de trabajo, 214, 528, 591; carácter— y carácter pregenital, 530; carácter, 586 y sig.; véase también Formación reactiva.

READ (C. Stanford) [Bibl. 1254, 1255], 136, 429, 704.

Realidad, sentido de la— y yo, 50 y sig., 63 y sigs.; primera aceptación de la, 51, 170 y sig., 507; sentido de la— y sentimiento corporal, 51 y sig., 459 y sigs.; juicio de (prueba por la—, prueba y juicio de—) (*reality testings*), 58 y sig., 63, 156 y sig., 170, 174 y sig., 415, 467, 478, 492 y sig., 566, 572, 582; principio de, 58 y sig., 66 y sig., 69, 415, 507, 566, 578, 648; desarrollo del sentido de la, 63 y sig.; y fantasía, 67 y sig., 568 y sig.; sentido de la— y adaptación, 71 y sig.; adulteración neurótica de la, 71 y sig., 156 y sig., 228, 341; y sig., 415, 566; relatividad de la, 71, 582; y sexualidad, 81; (la) en el conflicto neurótico, 155 y sig.; y represión, 155 y sig.; (la), base de la proyección, 174, 480, 485; y superyó, 194; y perversión, 388, 414; ruptura con la— en la esquizofrenia, 478 y sig., 490 y sig.; (véase también Regresión narcisista); fuga "a la—", 533 y sigs., 540, 586; los "actores" de la, 538; exageración del principio de, 648.

Realización de lo deseado, (alucinatoria), 65, 170, 437, 478, 568; (aparente) castigo mediante la—, 255 y sigs., 310 y sig., 433; complejo de castración femenino del tipo de—, 383, 388 y sig., 552.

Reaseguramiento, y simultánea satisfacción como causa de fijación, 86, 370, 405, 406 y sigs., 423 y sigs., 436 y sigs.; y catarsis, 152; (el) en el síntoma perverso, 370 y sig.; y terapia, 610 y sig., 621 y sig.

Rebelión y propiciación, 377 y sig., 397 y sig., 409 y sig., 421 y sig., 436 y sigs., 440 y sig., 446 y sigs., 448 y sigs., 459 y sig.; 554 y sig.; 559, 568 y sigs.

Reato, 551.

Recompensa (por el superyó), 160 y sig.

Reconstrucción del mundo (fantasías de), 476 y sig.

Recordar, "orden de—", 172, 370.

Recuerdos (los) más tempranos, como motivos personales, 325.

Recuperación (síntomas de) en la esquizofrenia, 476 y sigs.

Rechazo de los alimentos, en la depresión, 438, en la esquizofrenia, 488; véase también Inhibición oral.

Rechinar los dientes, 305.

REDL (Fritz) [Bibl. 1256 al 1258], 178, 194, 212, 234, 334, 393, 556, 558, 580, 704.

REEDE (Edward Hiram) [Bibl. 1259], 305, 704.

Reeducación (la) en psicoterapia, 629.

Reformista (espíritu), limitaciones de— en la educación, 649 y sig.

Regalos, 323.

Regla básica, 37 y sigs., 633.

Regresión, (la) del yo, 71; concepto de, 84 y sig., 166; y fijación, 84 y sig., 166, 346 y sig.; a la identificación, 105 y sig., 175, 256 y sig., 375 y sig., 382 y sig., 436 y sigs., 443, 446 y sigs.; (la) en las neurosis traumáticas, 142; (la) como mecanismo de defensa, 186 y sigs., 474; a la sexualidad infantil, 188, 368; narcisística, 188, 299 y sig., 451 y sig., 466 y sigs., 469 y sigs., 491 y sigs., (la) como defensa contra el sentimiento de culpa, 195; deformación por la, 231 y sig.; (la) en la histeria de angustia, 239 y sigs.; (la) en la histeria de conversión, 263 y sigs., (la) en la enuresis, 269; (la) en la neurosis obsesiva, 319 y sigs., 347, 349; (la) en el tartamudeo, 355; (la) en el tic, 360, 362 y sig.; (la) en la homosexualidad, 368 y sig.; (la) en la homosexualidad femenina, 382, 384; (la) en el fetichismo, 387; (la) en la coprofilia, 394 y sig.; (la) decisiva en la depresión, 451 y sigs.; (la) en la esquizofrenia, 466 y sigs., 475 y sig., 491 y sigs.; (la) en el estilo general del carácter, 523; (la) en la terapia de shock, 631; e indicación del psicoanálisis, 637 y sigs.

REICH (Annie) [Bibl. 1260, 1261], 398, 479, 502, 704.

REICH (Wilhelm) [Bibl. 1262 al 1280], sobre el periodo de latencia, 81; sobre masoquismo, 94, 405, 409, 555, 557; sobre masturbación, 96, 97, 222, 243; sobre amor y primacía genital, 106; sobre impotencia orgásmica, 106, 279, 433, 574; sobre la vista de genitales adultos por los niños, 114 y sig., sobre precursores del superyó, 126; sobre madres dominadoras, 127; sobre la pubertad, 135; sobre formaciones reactivas, 179; sobre caracteres "gobernados por los instintos", 195, 422, 563, 565; sobre eyaculación precoz, 202; sobre trabajo de tipo reactivo, 214, 528; sobre neurosis de angustia, 218; sobre neurastenia, 219, 222, 282 y sig.; sobre el curso de la

excitación sexual, 237; sobre orgasmo y muerte, 242, 450; sobre terapia de relación, 286; sobre epilepsia, 390; sobre el valor pronóstico de la primacía genital, 304, 530; sobre "armadura física", 345, 529; sobre tie, 361, 363; sobre técnica, 435, 635; sobre el carácter como defensa, 519; sobre autoestima y conducta reactiva, 528, 577; sobre el carácter como armadura, 529; sobre primacía genital y carácter, 530; sobre carácter fálico, 553; sobre carácter genital, 554, 582 y sig.; sobre carácter masoquista, 555, 557; sobre (indebida) identificación sexual, 563; sobre complejo de Edipo y carácter, 573; sobre análisis del carácter, 598, 600; sobre historia de angustia y carácter, 614; sobre promover, antes del análisis, un yo razonable, 642 y sig.; sobre condicionamiento social de la educación, 649 y sig., 653; bibliografía, 704 y sig.

REIDER (Norman) [Bibl. 1281], 616, 705.

REIK (Theodor) [Bibl. 1282 al 1299], sobre oráculo animal, 18; sobre exhibicionismo, 92; sobre masoquismo, 94, 405 y sig., 409, 559; sobre ritos de iniciación, 100, 411, 624; sobre super-yo; 127, 130, 333; sobre la voz de la conciencia, 130; sobre bromas, 194, 535; sobre inhibiciones, 215; sobre agorafobia, 234; sobre temor acerca del bienestar de los padres, 239; sobre intimidar a los demás, 245, 537; sobre olvido "contagioso", 256; sobre sonambulismo, 260; sobre estados finales de la neurosis obsesiva, 232, 615; sobre necesidad de castigo, 333; sobre despersonalización, 471; sobre masoquismo moral, 559; sobre gestos mágicos, 569 y sig.; sobre problemas de técnica, 645, bibliografía, 705.

Reizschutz, 142, 174, 292 y sig.

Relación (ideas de), 130, 482 y sig.; ideas abortivas de, 497.

Relajación, y placer, 28 y sig.; (la) y el dormir, 144; terapia de, 286, 617.

Relatividad, de la realidad, 71, 582; de la sexualidad, 373.

Religión, y obsesión, 330, 342; y esquizofrenia, 477; y psicoterapia, 624; (es) de la madre, 477.

Religioso-a(s), éxtasis, 57; obsesiones, 330, 342; sumisión, 399; delirios, 477.

Remordimientos de conciencia, 163.

Reparación de la destrucción imaginaria, 182.

Repetición(es), activa para "controlar",

62, 144 y sig., 603 y sig.; (la) en sueños, 144; síntomas de— en las neurosis traumáticas, 144 y sig., 392, 603 y sig.; compulsión de, 181, 604; y anulación, 328; tipos de— en las neurosis, 603 y sig.

Represalia, temor a la, 131, 305, 444.

Representación por lo opuesto, 230, 238, 581.

Represión, (la) como desmayo especializado, 53, 143, 260; (la) y la clasificación de los instintos, 76; de la escoptofilia, 92, 207 y sig.; y debilidad del yo, 141 y sig., 150; latente, en las personas normales, 145, 508 y sig.; y realidad, 155 y sig.; y negación, 156 y sig., 175 y sig.; y sublimación, 168 y sig., 181; exitosa, 175 y sig., 181, 526; (la) como mecanismo de defensa, 175 y sig.; de derivados, 176; secundaria, 175 y sig.; y proyección, 176; e introyección, 176; lagunas debidas a la, 176; economía de la, 177 y sig.; y formación reactiva, 178; y afectos, 189 y sig.; y sentimientos de culpa, 194, 344, 559; e inhibición, 215; (la) en la histeria de angustia, 230 y sig.; de percepciones internas, 262, 284 y sig.; 215, 470 y sig.; idea y emoción en la, 177 y sig.; de síntomas, 269 y sigs., 513 y sigs., 617 y sig., 621 y sig.; y musculatura, 283 y sigs.; (la) en la neurosis obsesiva, 330; (la) en la perversión, 368 y sig.; parcial, 370 y sig., 388; y rasgos patológicos de carácter, 520 y sig.; y repetición, 604; de todas una neurosis, 617.

Represoras (fuerzas), incremento de las, 510 y sig., 611 y sig., 618; disminución de las, 610 y sig., 612, 617 y sig.; véase también el siguiente.

Represoras (fuerzas) y fuerzas reprimidas, en la histeria de angustia, 245 y sig.; en los síntomas compulsivos, 308 y sigs.; en los rasgos de carácter, 526, 531 y sigs., 581 y sig.

Reprimido-a(s), (lo) como parte del inconsciente, 30; aparente fuerza magnética de lo, 175; retorno de lo, 245, 310, 344; fuerzas— y fuerzas represoras en la histeria de angustia, 245 y sigs.; fuerzas— y fuerzas represoras en los síntomas obsesivos, 308 y sigs.; disminución de la fuerza de lo, 508, 611; fuerzas— y fuerzas represoras en los rasgos de carácter, 526, 531 y sig., 581 y sig.

Reptiles, repugnancia por los, 66.

Resfríos, origen psicogénico de los, 275 y sig., 288 y sig.

Resistencia(s), carácter dinámico de la, 29; caracterológicas, 43, 531, 598; (la) durante la asociación libre, 38; interpretación de la, 39, 518 y sig., 633 y sigs.; deformaciones producidas por la, 40 y sigs.; tipos de, 42 y sigs.; intelectuales, 31; mediante el aislamiento del análisis, 183; y defensas patógenas, 197; el ser tonto como, 210 y sig.; ad hoc, 210 y sig.; (la) en la neurosis obsesiva, 350 y sigs.; la mejoría como, 619; (la) contra un determinado analista, 644 y sig.; (la) del analista contra un determinado paciente, 644.

Respiración, instinto de la, 74; perturbaciones histéricas de la, 253; distonía de la, 287 y sig.; y alma, 288; significado inconsciente de la, 365; y angustia, 364; véase también Respiratorio; perturbaciones neuróticas de la, 210 y sigs.; véase también Respiratorio.

Respiratorio—a, (erotismo), 286 y sigs.; (el) en el asma, 288, 364 y sig.; introyección, 93, 104, 287 y sig., 301, 365, 387.

Restablecimiento, deseo de, 413, 600, 638 y sig.

Restricción del campo visual en la histeria, 261 y sig.

Resultados terapéuticos del psicoanálisis, 646 y sig.

Resurrección y muerte, fantasía de, 476, 631 y sig.

Retención, el placer de la, 86, 89, 282 y sig., 318, 322 y sig.; (la) uretral como fin sexual, 89; y eliminación, 282 y sig.; y distonía, 285; anal y preparación, 339.

Retracción narcisística, 188, 299 y sig., 451 y sig., 466 y sigs., 469 y sigs., 492 y sigs.

Retrete, leer en el, 182, 324, 396; fobia al, 232, 314 y sigs.

Reumatismo, 286.

Revelaciones en la esquizofrenia, 477.

RIBBLE (Margaret E.) [Bibl. 1300 al 1303], 49, 649, 705.

RICKMAN (John) [Bibl. 1304 al 1309], sobre sadismo oral, 83; sobre perturbaciones psicogénicas del embarazo y el parto, 204, 285; sobre alcoholismo, 427; sobre hobbies, 431, 539; sobre una educación orientada psicoanalíticamente, 649; bibliografía, 705.

RIEMER (Morris D.) [Bibl. 1310], 415, 705.

Rigidez, de las formaciones reactivas, 178 y sig.; neurótica, 190, 520 y sig., 526 y sigs., 600; física del neurótico obsc-

sivo, 345 y sigs.; en la catatonía, 491; y elasticidad, 645.

RILKE (Rainer María), 399.

RIPLEY (Herbert S.) [Bibl. 1311], 286, 706.

Riquezas (afán de), 544.

Risa, ataques de, 252, 400; véase también Carcajada.

Ritos, de iniciación, 100, 234, 411, 624; funerarios, 443.

Rituales, obsesivos, 307 y sig.; de golpear, 311; obsesivos y religiosos, 342; escatológicos, 313; de umbral, 187, 328; del contacto, 307, 311, 328.

Rival, identificación con el, 255 y sig.

RIVIÈRE (Joan [Bibl. 1312 al 1316, —959], sobre realidad y fantasía en la vida del niño, 84; sobre la feminidad (en la mujer) como máscara o fachada, 102, 112, 552; sobre sentimiento de culpa, 163; sobre reacción terapéutica negativa, 339, 560; sobre celos, 485, 570; sobre análisis de niños, 640; bibliografía, 691, 706.

Robar, 417 y sig., 653.

ROBBINS (Bernard S.) [Bibl. 1317, 1318], 213, 610, 706.

Robot (trabajar como un), 214, 528, 591.

ROGERSON (C. H.) [Bibl. 1319], 628, 706.

RÓHEIM (Geza) [Bibl. 1320 al 1323], 260, 537, 544, 706.

Romanticismo y clasicismo, 533 y sig.

Rompecabezas, el análisis comparado a un, 46.

ROSE (John A.) [Bibl. 1324], 206, 706.

ROSENZWEIG (Saúl) [Bibl. 1325], 117, 706.

ROSS (Helen) [Bibl. 1326], 628, 706.

RUBENSTEIN (Arnold) [Bibl. —102], 617, 604, 662.

RUBINOW-LURIE (Olga) [Bibl. 1327], 206, 706.

Ruborizarse, 210, 265, 290 y sig.

Rumpelstilzchen, 336.

RUPP (Charles) [Bibl. —1593], 297, 716.

"Ruptura con la realidad", en la esquizofrenia, 478 y sig., 492 y sig.

Rutina (la) como protección, 325.

S

Sacerdotes, castración de los, 411, = médicos, 624.

Sacrificio, 94, 128, 332, 397, 405, 411, 436, 559.

Sacudidas en el momento de dormirse, 305.

SACHS (Hans) [Bibl. 1328 al 1334], sobre superyó, 127, 525; sobre arte, 168, 556; sobre modelos reales de las fantasías, 174, 480; sobre compartir una culpa, 194; sobre reacciones del hombre a la naturaleza, 238 y sig.; sobre ideas sobre la muerte, 242, 450; sobre perversiones, 371, 385; sobre comunidad de sueños diurnos, 556, 588 y sig.; sobre caracteres inestables, 568; bibliografía, 706 y sig.

SADGER (J.) [Bibl. 1335 al 1348], sobre erotismo uretral, 89; sobre hijo único, 115, 573; sobre pavor nocturnus, 222 y sig.; sobre fobia a los exámenes, 234; sobre sonambulismo, 260; sobre perturbaciones histéricas de la conciencia, 260; sobre histerocpilepsia, 305; sobre asma, 365; sobre homosexualidad, 374; sobre sadismo, 403; sobre despersonalización, 471; sobre éxitos terapéuticos psicoanalíticos, 646; bibliografía, 707.

Sádica(s), concepción— de la sexualidad, 114, 316; fijaciones, 403 y sig.

Sádicoanal (etapa), 86 y sigs., 312 y sigs., 403 y sig.; regresión, 312 y sigs.; fijación, 346 y sig.

Sadismo, (el) como instinto parcial, 93 y sig.; raíces del, 93 y sig.; (el) en la eyaculación precoz, 201 y sig.; y frigidez, 204; (el) en la histeria de angustia, 239 y sigs.; y enuresis, 268 y sigs.; y erotismo de la piel, 292, 403 y sig.; (el) en la hipochondria, 300; (el) en la epilepsia, 305; (el) en la neurosis obsesiva, 312 y sigs.; aislamiento del, 330; del superyó, 331, 333, 402, 447 y sig., 454; y tartamudeo, 353 y sigs.; (el) en la homosexualidad, 377 y sig., 379, 383 y sig.; (el) en la feminidad del hombre, 379; (el) en el fetichismo, 388, 394; (el) en el exhibicionismo, 390; (el) como pervisión, 399 y sigs.; los impulsos autodestructivos en el, 401; y vergüenza, 401 y sig.; y autoestima, 402 y sig.; (el) en los impulsos patológicos, 415 y sigs.; manual, 403; (el) en la fuga impulsiva, 416; (el) en el robo, 417; (el) en la piromanía, 418; (el) en el juego de azar, 419; (el) en los caracteres "gobernados por los instintos", 422; (el) en la adicción a las drogas, 424 y sigs.; (el) en la depresión, 441 y sigs., 446 y sigs.; (el) en la esquizofrenia, 469; (el) en las ideas paranoides, 480 y sig.; (el) en la compasión, 532; (el) en la angustia social, 579; (el) en la traumato-filia, 607; anal, véase Sádicoanal (eta-

pa), oral, véase Oral (sadismo); uretral, véase Uretral (sadismo); véase también Masoquismo, y Escoptofilia.

Salchichas, adicción a las, 430.

Salud, "fuga a —la", 622; definición de la, 646.

Saludo, inhibiciones en el 214 y sig.

Salvación, ideas delirantes de, 476, 488.

Sanatorio, 629.

SANDSTROEM (Tora) [Bibl. 1349], 650, 707.

Sastres (fobia a los), 579.

Satírica (representación), 459 y sig.

Satisfacción, de los instintos y defensa contra los instintos, 75, 170, 175, 531 y sig., 544, 581 y sig.; y excitación, 80 y sig.; (la) como causa de fijación, 86, 370, 406, 415 y sigs., 423 y sigs., 436 y sigs.; quimismo de la, 273 y sig.

SAUL (León J.) [Bibl. 1350 al 1357], —51, —54], sobre órgano-neurosis, 274, 303; sobre resfriados comunes, 275 y sig.; sobre alteraciones de la respiración, 286 y sig.; sobre asma, 288 y sig.; sobre hipertensión, 291; sobre prurito, 293; sobre urticaria, 293; bibliografía, 660, 707.

SAUVAGE-NOLTING (W. J. de) [Bibl. 1358], 479, 487, 707.

SCHELVEN (Theodor van) [Bibl. 1359], 467, 707.

SCHIKOLA (Hans) [Bibl. 1360], 212, 707.

SCHILDER (Paul) [Bibl. 1362 al 1396, —205, —206, —207], sobre imagen corporal, 51, 299, 469; sobre desarrollo de los pensamientos, 63 y sig., 65, 472 y sig.; sobre erotismo del equilibrio, 91 y sig., 235, sobre superyó, 127; sobre neurosis de angustia, 218; sobre neurastenia, 219, 222, 282 y sig.; sobre miedo a la muerte, 242; sobre dermatosis, 292; sobre parálisis general, 296; sobre enfermedad orgánica del cerebro, 297; sobre psicosis postoperatorias, 296, 478; sobre hipochondria, 299 y sigs.; sobre el tiempo, 322; sobre compulsiones de simetría, 332; sobre homosexualidad, 375 y sig., 381; sobre fármacopsicoanálisis, 427; sobre psicosis alcohólicas, 429; sobre depresión, 442; sobre suicidio, 450; sobre manía, 457; sobre despersonalización, 470 y sig.; sobre alucinaciones, 478, 483; sobre ideas de persecución, 479, 483; sobre voces, en la esquizofrenia, 483; sobre el lenguaje, en la esquizofrenia, 489; sobre sueños diurnos y delirios, 496 y sig.; sobre psicoanálisis de la esquizofrenia, 502; sobre

angustia social, 580 y sig.; sobre hipnosis, 587, 623, sobre caracteres esquizoides, 592; sobre psicoterapia, 628; sobre psicoterapia en grupos, 630; sobre terapia de shock, 631 y sig.; sobre pseudo-debilidad, 641; sobre condicionamiento social de las neurosis, 651; bibliografía, 666, 708.

SCHJELDERUP (Harald) [Bibl. 1361], 601, 708.

SCHNEIDER (Ernst) [Bibl. 1406 al 1408], 222, 354, 360, 417, 708.

SCHOLEM ALEJEM, 554.

Schreber (el caso de Freud), 192, 479 y sig.

SCHROEDER (Theodore) [Bibl. 1409], 646, 708.

SCHULTZ (J. H.) [Bibl. 1410], 266, 291, 617, 708.

SCHULTZ-HENCKE (Harald) [Bibl. 1411, 1412], 193, 494, 708.

SCHWARTZ (Louis Adrián) [Bibl. 1413], 291, 708.

SCHWARZ (Oswald) [Bibl. 1414], 298, 708.

SCMIDBERG (Melitta) [Bibl. 1397 al 1403], sobre pseudo-debilidad, 210 y sig., 641; sobre sexualización del caminar, 234, sobre robo, 417; sobre ideas de persecución, 479; sobre pseudo-sexualidad, 574; sobre análisis de niños, 639 y sig.; bibliografía, 708.

SCMIDT (Wera) [Bibl. 1404, 1405], 91, 211, 548 y sig. 708.

SEARL (Nina) [Bibl. 1415 al 1419], sobre llanto, 252, 357; sobre tartamudeo, 360; sobre despersonalización, 470; sobre fuga hacia la realidad, 540, 586; sobre análisis de niños, 640; bibliografía, 708.

Secundario(s), proceso, 29, 30, 65, 67, 534; beneficios, véase Beneficios secundarios.

Sed, (la) como instinto, 74; ataques histéricos de, 253.

Sedantes, valor psicoterapéutico de los, 617.

Sedución, de niños, 113, 605; por el ejemplo, 393; cura de, 186, 611.

Sensaciones, inoconsientes, 31, 189; perturbaciones histéricas de las, 262; represión de las, 262, 284 y sig., 300, 470 y sig.; hipochondríacas, 300 y sig.; en la esquizofrenia, 469 y sigs.; véase también Sensaciones corporales.

Sensibilidad (perturbaciones histéricas de la) y distonía, 285 y sig.

Sensibilidad profunda, erotismo de la, 91 y sig.

Sensibilización en los "puntos de complejos", 146, 511.

Sensoriales, estímulos e instintos, 73 y sig.; inhibiciones—, 210.

Sensualidad y ternura, 106, 184, 200, 326 y sig., 543 y sig., 572.

Sentidos (órganos de los), significado oral de los, 53 y sig.; perturbaciones histéricas de los, 261 y sig.

Sentimiento, de culpa, véase Culpa (sentimiento de); oceánico, véase Oceánico (sentimiento).

Sentimientos, véase Afectos.

Señal, la angustia como, 60, 159 y sig.; la conciencia como, 160 y sig.; el asco y la vergüenza como, 163 y sigs.

Ser comido, véase Comido (ser).

Serie complementaria, 146, 453, 467 y sig., 494, 508, 617.

Seriedad (evitación de la), 597 y sig.

SERVADIO (Emil) [Bibl. 1420], 164, 708.

Servicio militar (inducción al), 146.

Sexo, fobia al, 227; y elección de objeto, 371 y sigs.; del analista, 644 y sig.; y transferencia, 644 y sig.

Sexual(es), naturaleza de la excitación, 29, 237, 273 y sig.; excitación— y necesidades narcisísticas, 58, 128, 161 y sigs., 234, 279 y sigs., 292, 391 y sig., 396 y sigs., 409 y sigs., 418 y sigs., 418 y sig., 424 y sig., 436 y sigs., 440 y sig., 445 y sigs., 535 y sigs., 549, 568 y sig., 644 y sig., instintos, 74 y sigs.; fuentes de la excitación, 80 y sig., 273 y sig.; curiosidad, 92; teorías— infantiles, 114 y sig.; excitación— y angustia, 163, 193, 234 y sigs.; excitación— inconsciente, 189, 274 y sig.; inhibiciones, 198 y sigs.; represión de la curiosidad, 211; interrupción de la excitación, 218; excitación— y caída, 229; curso de la excitación, 237; infantilismo, 368 y sig.; sumisión, 396 y sigs.; crimen, 402 y sig.; "adición—", 433 y sig.; (véase también Hipersexualidad); interpretación— "inversa", 582; la satisfacción— como terapia, 610 y sig.; satisfacción— y técnica psicoanalítica, 636.

Sexualidad, infantil, 74 y sig., 80 y sigs.; infantil, y perversiones, 74 y sig.; quimismo de la, 75; (la) apoyándose en otras funciones fisiológicas, 82; (la) y los llamados sentidos inferiores, 93; concepción sádica de la, 114, 315 y sig.; y muerte, 117, 242, 450; (la) en las neurosis traumáticas, 142; y angustia, 163, 193, 234 y sigs.; sentimiento de asco

por la, 163 y sig.; regresión a la— infantil, 188; infantil e impotencia, 199 y sigs.; infantil y frigidez, 202 y sig.; (la) de los neuróticos, 279 y sig., 568 y sigs.; concepción anal de la, 315 y sig., 329; relatividad de la, 372 y sig.; y autoestima, 397; (la) en la esquizofrenia, 488 y sig.

Sexualización, del pensamiento, 211, 262 y sigs., 340 y sigs.; del lenguaje, 341, 353 y sigs., de la angustia, 539 y sig.

Sexualizadas, (funciones) inhibición de las, 209 y sigs.; (situaciones), fobia a las, 228 y sigs.

SHAKLEY (Francis M.) [Bibl. 1421], 479, 709.

SHARPE (Ella F.) [Bibl. 1422 al 1424], 168, 182, 330, 636, 640, 709.

SHEEHAN-DARE (Helen) [Bibl. 1425], 639, 709.

Shock(s), terapia de, 631 y sig.; (los) eléctricos dolorosos, 618; (los) eléctricos en el tratamiento de shock, 631 y sig.

Sifilofobia, 232, 242, 448, 596.

SILBERER (Herbert) [Bibl. 1426 al 1430], 63, 66, 709.

SILBERMANN (Isidor) [Bibl. 1431], 631, 709.

SILVERBERG (William F.) [Bibl. 1432], 404, 709.

SILVERMAN (Daniel) [Bibl. 1433], 501, 709.

SILVERMAN (Samuel) [Bibl. —258, —259], 501, 668.

Simbólica, aptitud de los órganos para la expresión, 263 y sigs.; castración, 388, 394, 401 y sig., 405, 409, 618, 622.

Simbolismo, (el) como medio de deformación, 41, 66 y sig.; naturaleza de, 66 y sig.; (el) en la esquizofrenia, 473.

Simetría, magia de la, 181, 332; compulsiones de, 328, 332, 334; y justicia, 334.

Simulación en la esquizofrenia, 489.

SIMMEL (Ernst) [Bibl. 1434 al 1444], sobre neurosis traumáticas, 144, 150; sobre psicología de la situación militar, 146 y sig., 150; sobre experiencias encubridoras, 171 y sig.; sobre represión, 176; sobre órgano-neurosis y psicosis, 294 y sig.; sobre enfermedades orgánicas, 298; sobre hipocondría, 301 y sig.; sobre homicidio "sexual", 402; sobre masturbación e impulsos patológicos, 415; sobre juego de azar, 419; sobre adicción a las drogas, 425 y sig., 434; sobre introyección, 481; sobre psicoanálisis dentro de una clínica, 503, 629; sobre psicoterapia, 616; sobre me-

didias psicoterapéuticas que implican amenazas de castración, 618; sobre terapia ocupacional, 620, 628; bibliografía, 709 y sig.

Síndrome de esfuerzo, 290.

Síntoma(s), neurótico, 34, 225 y sig.; y afectos, 34 y sigs., 507 y sig.; carácter de compromiso de los, 225, 245, 265, 272 y sig., 308 y sigs., 369, 582; y sueños diurnos, 225, 250 y sig., 267; naturaleza del— psiconeurótico, 225 y sig.; mecanismos de formación de, 225 y sigs.; (los) como castigo, 265, 516, 611, represión de los, 269 y sig., 513, 618, 622; defensas contra los, 507 y sigs., 511 y sigs., 613 y sig.; (los) como traumas, 507 y sigs.; dominio de los, 515 y sig.

Sintomáticos(as), actos, 27, 225, 268; neurosis— y neurosis de carácter, 32, 518 y sig., 598.

Sistemas compulsivos, 324 y sigs., 330.

Sistematización (la), en la neurosis obsesiva, 324 y sigs., 330, 483 y sigs.; en la paranoia, 483 y sig.

Situacional (terapia), 617, 629 y sig.

Situaciones desfavorables (las) de la vida, como contraindicaciones del psicoanálisis, 641.

Situaciones sexualizadas, fobia a las, 228 y sig.

SLAVSON (S. R.) [Bibl. 1445], 630, 710.

SLUTSKY (Albert) [Bibl. 1446], 620, 710.

Sobreestimación del amor del partenaire, 107.

Sobreprotección maternal, 87, 117, 573.

Social(es), determinismo— y biológico, 17, 19 y sig., 119 y sig., 544 y sig., 650 y sig.; instituciones— y estructuras individuales, 19 y sig., 519, 524 y sig., 544 y sig., 563 y sig., 593 y sig., 649 y sig.; sentimientos, 108 y sig.; funciones de una psicología—, 109; posición— y complejo de Edipo, 118 y sig.; inhibiciones, 205, 210, 214 y sig., 333 y sig., 358 y sig., 572 y sig.; angustia, 210, 333 y sig., 358 y sig., 577 y sig.; rituales—, 307; condicionamiento— del carácter, 519, 524 y sig., 544 y sig.; 563 y sig., 593 y sig., 649 y sigs.; condicionamiento— de la neurosis, 519 y sig., 649 y sig., 650 y sig.; inhibiciones— en aspectos afectados por "complejos", 572 y sigs.; el temor—, componente racional, 578; condicionamiento— de la educación, 649 y sigs.; la labor de los asistentes— psiquiátricos, 653 y sig.

Sociedad, y psicología, 19 y sig.; y puertad, 134 y sig.; y carácter, 519, 524 y sig., 544 y sig., 563 y sig., 593 y sig., 649 y sigs.; y neurosis, 519 y sig., 649 y sig., 650 y sigs.; y educación, 649 y sigs.; e ideales, 652 y sig.; véase también Social.

Sofocación, véase Asfixia.

Soledad, temor a la, 228, 246; e independencia, 524.

SOLOMON (Joseph C.) [Bibl. 1447, 1448], 628, 710.

Somático-a, lenguaje, 250 y sig.; "facilitación—", 263 y sig., 276, 366, 412.

Sometimiento, véase Sumisión, y Propiciación.

Sonambulismo, 30, 260.

Sonidos musicales (sordera a los), 213.

Sonrisa (la) en la catatonía, 476, 490 y sig.

Sordera, histérica, 261; a los sonidos musicales, 213.

Sorpresa, y trauma, 141; temor a la, 324 y sigs.

SPERBER (Alice) [Bibl. 1449], 569, 710.

SPERBER (Hans) [Bibl. 1450], 64, 710.

SPIELREIN (Sabine) [Bibl. 1451 al 1456], sobre percepciones arcaicas, 52; sobre aprendizaje del habla, 64; sobre el tiempo, 322; sobre voyeurismo, 393; sobre psicoanálisis en la esquizofrenia, 502; bibliografía, 710.

SPITZ (René) [Bibl. 1457, 1458], 117, 574, 710.

SPRAGUE (George S.) [Bibl. 1457, 1458], 117, 574, 710.

SPRAGUE (George S.) [Bibl. 1459, 1460], 242, 475, 710.

SPRING (William A.) [Bibl. 1461, 1462], 354, 468, 710.

STAERCKE (August) [Bibl. 1463 al 1470], sobre complejo de castración, 62, 98, 315; sobre ideas de persecución, 174, 479, 481; sobre crisis de llanto y risa, 253; sobre derecha e izquierda, 258; sobre psiquiatría y psicoanálisis, 467; sobre erotismo oral, 548; sobre compulsión de repetición, 604; bibliografía, 711.

Statu quo (el) como mal menor, 339.

STAUB (Hugo) [Bibl. 1471, —40], 334, 415, 563, 659, 711.

STAÜDACHER (C.) [Bibl. 1472], 148, 711.

STEGMANN (Margarethe) [Bibl. 1473], 299, 711.

STEINER (Maxim) [Bibl. 1474, 1475], 199, 711.

STEINFELD (Julius) [Bibl. 1476, 1477, —704], 53, 502, 629, 681, 711.

STEKEL (Wilhelm) [Bibl. 1478, 1479], 39, 258, 304, 711.

STENGEL (Erwin) [Bibl. 1480 al 1483], 234, 297, 411, 415, 580, 711.

STEPHEN (Karin) [Bibl. 1484, 1485], 60, 174, 175, 711.

STERBA (Editha) [Bibl. 1486 al 1489], sobre desplazamientos anales, 95; sobre vergüenza, 165, 151 y sig.; sobre inhibiciones orales, 205; sobre nostalgia, 454 y sig.; sobre esquizofrenia en los niños, 495, sobre análisis de niños, 640; bibliografía, 712.

STERBA (Richard) [Bibl. 1490 al 1499, —987], sobre complejo de castración femenino, 122; sobre sublimación, 168, 180; sobre formación reactiva, 180; sobre fetichismo, 386; sobre celos, 468, 570; sobre envidia, 548; sobre el yo en la terapia analítica, 599; sobre eficacia de la educación, 621 y sig., 648; sobre interpretación de la transferencia, 633 y sig.; bibliografía, 692, 712.

STERN (Adolph) [Bibl. 1500 al 1504], 502, 610, 644, 646, 647, 712.

STEWART (Wilton R.) [Bibl. 1505], 213, 712.

STOCKER (Arnold) [Bibl. 1506], 473, 489, 712.

STOKES (John H.) [Bibl. 1507 al 1510], 263, 288, 292, 712.

STONE (Leo) [Bibl. 1511], 298, 712.

STRACHEY (James) [Bibl. 1512 al 1514], sobre leer, 205, 262, 357, 430, 548; sobre factores precipitantes en las neurosis, 508; sobre interpretación, 635; bibliografía, 712 y sig.

STRAUSS-WEIGERT (Dora) [Bibl. 1515], 387, 713.

Sublimación, 167 y sigs., 526 y sig.; y represión, 168 y sig., 181; objeto de la, 168 y sig.; incapacidad de, 168; y destructividad, 168, 182; y formación reactiva, 179 y sigs.; e identificación, 168, 526; y técnica psicoanalítica, 636; véase también Sublimado.

Sublimado, rasgos de carácter de tipo, 526 y sig., 586 y sig.

Substituto-a(s), impulsos, 169; la situación fóbica como sustituto, 230; neurosis, 618 y sig.; pensamiento, 67 y sigs.

Succión (la) como fin oral, 82 y sigs.; del pulgar, 82, 99, 438.

Suicidad, fobia a la, 230, 243; y masturbación, 243, 329.

Sueño(s), estados de— histéricos, 259 y sigs.; (los) de los niños pequeños, 62;

el simbolismo en el, 66; la censura en el, 66; (los) de personas normales, 131; (los) en las neurosis traumáticas, 144; a repetición, 141, 604; obsesivos, 168; olvido de, 176; a continuación de movimientos monótonos, 220; función de los, 221, 478; temor a los, 221 y sig.; ataques histéricos y, 251; sueños dentro de—, 345; y diagnóstico dinámico, 645. Sueños diurnos, función de los, 67 y sig.; (los) como "negación en la fantasía", 171, 568, 589 y sig.; y represión, 176, 225, 589; y síntomas, 225, 251 y sig., 267 y sig.; (los) en la histeria de conversión, 251 y sig.; y masturbación, 267 y sig.; (los) en la neurosis obsesiva, 336; (los) en el alcoholismo, 427; y delirio, 497; y emociones, 534; comunidad de—, 556, 568, 588 y sig.; y mentir, 589 y sig.

SUGAR (Nikolaus) [Bibl. 1516, 1517, —1377], 361, 413, 489, 708, 713.

Sugestibilidad, 587 y sig.

Sugestión, 133, 618; posthipnótica, 28.

Suicidio, (el) en la neurosis obsesiva, 334 y sig.; (el) en la depresión, 449 y sigs.; psicología del, 449 y sigs.; parcial, 451; y manía, 451.

SULLIVAN (Harry Stack) [Bibl. 1518], 631, y sig., 713.

Sumisión, sexual, 396 y sigs.; y masoquismo, 405, 409 y sigs.; véase también Propiciación.

Superación de las neurosis infantiles por la edad, 610.

Superestructura histérica de las enfermedades orgánicas, 263.

Superstición, 341 y sigs.

Superyó, definición del, 31 y sig., 125 y sigs.; precursores del, 125 y sig.; los padres y el— como ideal, 125, 128 y sig.; instauración del, 126 y sig.; funciones del, 127 y sigs., 160 y sigs.; y autoestima, 127 y sigs., 160 y sigs., 436, y sig.; y mundo externo, 128 y sig., 194; (véase también el siguiente); proyección del, 130, 133 y sig., 194 y sig., 482 y sigs., 555 y sigs., 578 y sigs.; y estímulos auditivos, 130, 478, 483; y ello, 130 y sig.; (véase también Superyó arcaico); parásitos del, 132, 149 y sig., 563, 626; (el) y los objetos posteriormente introyectados, 133, 442, 448 y sigs.; vicisitudes del, 132 y sig.; y trauma, 148 y sig.; (el) en los conflictos neuróticos, 157 y sig., 447 y sigs.; defensa contra el, 157, 193 y sigs., 330 y sigs., 344, 524 y sigs.; (el) ar-

caico, 163, 331, 344 y sig., 422, 454, 543; formación del— y sublimación, 168, 526 y sig.; y comer, 206; e inhibiciones, 213 y sig.; (el) en la compulsión, 308 y sig., 330 y sigs.; (el) en la terquedad, 319, 555; sadismo del, 331, 402 y sig., 448 y sig., 454; (el) en el masoquismo, 408, 409 y sigs.; corruptibilidad del, 331, 422, 543; (el) en la fuga impulsiva, 416 y sig.; (el) en la cleptomanía, 417; (el) en el juego de azar, 419 y sigs.; (el) en los impulsos patológicos, 421; aislamiento del, 422 y sig.; 543 y sig.; patología de la formación del, 421 y sig., 563 y sigs., 578 y sigs.; (el) en la adicción a las drogas, 426 y sig.; (el) en la masturbación compulsiva, 433; (el) en el tartamudeo, 359; (el) en el sadismo, 402 y sig.; (el) en la depresión, 442 y sig., 446 y sigs., 454 y sig.; (el) en el duelo, 444 y sig.; (el) en la manía, 457 y sigs.; (el) en las alucinaciones, 478; (el) en los delirios, 482 y sigs.; (el) como colocado entre el yo y el mundo externo, 483 y sig., 485 y sig.; y homosexualidad, 483 y sig., 486; beneficios secundarios derivados del, 516; y carácter, 524 y sigs.; condicionamiento social del, 524 y sig.; diferencias del— en uno y otro sexo, 525; (el) femenino, 525; (el) favorecedor de las expresiones instintivas, 542 y sig.; comportamiento patológico frente al, 554 y sigs.; (el) heterónimo, 495 y sig.; el hipnotizador como— del paciente, 626.

SUTER [Bibl. 1519], 287, 713.

SUTHERLAND (J. D.) [Bibl. 1520], 234, 713.

SVENDSEN (Margaret) [Bibl. —866], 234, 688.

SYMONDS (Percival M.) [Bibl. 1521], 713.

SYMONS (Norman J.) [Bibl. 1522], 61, 203, 713.

SZALAI (Alexander) [Bibl. 1524], 256, 713.

SZUREK (Stanislaus A.) [Bibl. 1525, —866], 234, 421, 688, 713.

T

Tablado, miedo al, 232 y sig., 358, 391, 578, 580; actuación en el, 358, 588.

Tacto, 578; erotismo del, 91.

Talento (falta de), 213.

Talión (principio del), 61, 97, 331, 514.

TAMM (Alfild) [Bibl. 1526 al 1528], 212, 355, 360, 417, 713.

Tartamudeo, 212, 353 y sigs.; la terapia en el, 359 y sig.

TAUSK (Victor) [Bibl. 1529 al 1532], sobre represión, 176, 177; sobre eyacuación precoz, 202; sobre tono libidinoso, 300; sobre delirium tremens, 429; sobre esquizofrenia e imagen corporal, 469 y sig., 482 y sig.; sobre despersonalización, 470 y sig.; sobre catatonía, 475; sobre ideas de persecución, 479; sobre la máquina de influencia, 482 y sig.; bibliografía, 713 y sig.

Teatro (el) como psicoterapia, 620 y sig., 630.

Temblores, en la neurastenia, 219.

Temor (es), a la represalia, 131, 305, 444; a la locura, 229 y sig.; de ser enterrado vivo, 237; a la sorpresa, 324 y sigs.; a los exámenes, 233 y sig., 580; mórbidos, 414, 430; por el bienestar de otras personas, 239; de ser pisado, 229; véase también Angustia, y Miedo.

Temperatura (erotismo de la), 90 y sig., 292, 365, 439.

Tensión, y displacer, 28 y sig.; placentera, 29; afectos de, 35; (la) en el bebé, 49 y sigs.; tolerancia a la, 58 y sigs.; e instintos, 73 y sig.; intolerancia a la, 362, 414 y sig., 422 y sig., 424 y sig., 544, 565, 607.

Tentación, el trauma como, 148; y angustia, 228 y sig.; (la) como factor precipitante en la neurosis, 508.

Teoría de la neurosis, y práctica terapéutica, 22; méritos y limitaciones de la, 22 y sig.; y patología somática, 23 y sig.

Teoría y método, 37.

Terapia, (la) en las neurosis traumáticas, 152 y sig.; de las perversiones, 413 y sig.; de las neurosis, 616 y sigs.; de expiación, 620; situacional, 617, 628 y sigs.; de shock, 631 y sig.; véase también Fisioterapia, Psicoanálisis, Psicoterapia, etcétera.

Terapia psicoanalítica (la), en las neurosis actuales, 223 y sig.; (la) en la histeria de angustia, 249; (la) en las neurosis traumáticas, 152 y sig.; (la) en la histeria de conversión, 269 y sig.; (la) en las órgano-neurosis, 303 y sig.; (la) en las patoneurosis, 303; (la) en la neurosis obsesiva, 350 y sigs.; (la) en el tartamudeo, 359 y sig.; (la) en el tic, 364; (la) en el asma, 365 y sig.; (la) en la perversión, 413 y sig.; (la)

en las neurosis impulsivas y las adicciones, 434 y sig.; (la) en los trastornos maníacodepresivos, 463 y sigs.; (la) en la esquizofrenia, 501 y sigs.; (la) en los trastornos del carácter, 597 y sigs.; (la) en las combinaciones de neurosis traumáticas y psiconeurosis, 607 y sig.; estadísticas sobre, 646; véase también Psicoanalítico (tratamiento).

"Tercero perjudicado", necesidad de un, 572.

Ternura, naturaleza de la, 106 y sig.; y sensualidad, 106, 181, 200, 326 y sig., 424, 544, 572; e impotencia, 200.

Terquedad, 237, 318 y sigs., 554 y sigs., 596.

TERRY (Ella) [Bibl. 1553], 417, 714.

Testarudez, véase Terquedad.

"Testigos", para los sistemas compulsivos, 325 y sig.; los objetos como— en los conflictos intrapsíquicos, 325 y sig., 333 y sig., 390, 554 y sigs., 578, 589 y sig.

THOMAS (Giles W.) [Bibl. 1534, 1535], 286, 630, 714.

THOMPSON (Clara) [Bibl. 1536 al 1538], 568, 644, 714.

THOMPSON (J. W.) [Bibl. 1539], 287, 714.

THORNER (H. A.) [Bibl. 1540], 450, 714.

Tic, (el) en las neurosis traumáticas, 144; psicogénico, 360 y sigs.; terapia del, 364; y estereotipias, 498; erotismo del equilibrio en el, 364; perturbaciones motoras en el, 360 y sigs.

TIDD (Charles W.) [Bibl. 1541, 1542], 502, 714.

Tiempo, medición del, 183, 322; claustrofobia en el, 236; fobia al, 239, 324 y sig.; significado inconsciente del, 322; síntomas obsesivos referentes al, 324 y sig.

Tijeras (fobia a las), 227 y sig.

Timidez, 92, 135, 210, 232 y sig., 358, 553, 580; véase también Vergonzoso, carácter.

Tipología, 585 y sigs.

Tolerancia a las tensiones, 59 y sig.; véase Intolerancia, y Principio de realidad.

Tormentas (fobia a las), 244.

Torpeza, 210.

Tortícolis, 285.

Tos nerviosa, 289.

Tótem y Tabú, 120, 460.

Totémico (festival), 413, 459.

TOURAINÉ (Grace) [Bibl. —209], 277, 298, 606.

Tóxicos (los estados) como factor precipitante en la neurosis, 509.

Trabajo, inhibiciones en el, 208, 213 y sig., 577; tipo reactivo de, 214, 528, 591.

Tragedia y sátira, 459.

Transferencia, 43 y sigs., 564 y sigs., 621 y sig.; (la) en la vida diaria, 43; ventajas de la, 43, 632 y sigs.; análisis de la, 44 y sig., 561 y sig., 632 y sigs.; manejo de la, 44 y sig., 634 y sig.; interpretación de la, 44 y sig., 632 y sigs.; neurosis de, 350, 501, 621 y sigs., 637 y sig.; (la) en la neurosis obsesiva, 350 y sig.; (la) y el sexo del analista, 372, 644 y sig.; (la) en la esquizofrenia, 469, 488 y sig., 498, 501 y sigs.; interpretación "inversa" de la, 582; de mecanismos de defensa, 584 y sig.; de experiencias displacientes, 585; (la) en el análisis y en las psicoterapias no analíticas, 622 y sig.

Transferencial (es), actos, 43 y sig., 423; (véase también *Acting out*); resistencia, 42 y sigs., 67, 622 y sigs., 548 y sigs.; empeoramientos, 622 y sigs.; mejorías, 621 y sigs.; véase también *Transferencia*.

Transformación en lo opuesto, 168.

Transitivismo, 57 y sig.

Transpiración nerviosa, 219, 292.

Transvestismo, 381 y sig.

Trauma (s), concepto de, 33 y sig., 141 y sig.; y angustia, 59, 147 y sig., 158; y yo, 141 y sig., 145, 604 y sigs.; y conflicto neurótico, 141 y sig., 148 y sigs., 603 y sigs.; relatividad del concepto de, 141, 150, 603, 607; repetición del, 143 y sigs., 392, 603 y sigs.; (el) como factor precipitante en las neurosis, 145, 148 y sig., 510; y "stress" crónico, 148; (el) como experiencia encubridora, 148; (el) como tentación, 148; y superyó, 148 y sigs.; y culpa, 148 y sigs.; curación por un, 348, 610; los síntomas como, 507 y sigs.; efecto sensibilizador del, 603, 607; sorpresa y, 141.

Traumáticas (neurosis), definición de las, 33, 141 y sig.; la angustia en las, 59 y sig., 147 y sig., 158; los síntomas en las, 141; bloqueo o disminución de las funciones del yo en las, 141 y sigs.; los ataques emocionales en las, 143; los sueños en las, 144; perturbaciones del dormir en las, 144 y sig.; síntomas de repetición en las, 144 y sig., 393 y sig., 603 y sigs.; complicaciones psiconeuróticas en las, 145 y sigs., 603 y sigs.; beneficios secundarios en las, 151; la

terapia en las, 152 y sig., 616 y sig.; tipo irreparable de, 153; secundarias, 511; combinaciones de— y psiconeurosis, 603 y sig.

Traumático-a (s), (experiencias) definición de las, 33; estados— en el bebé, 59, 69; la escena primaria como situación, 92, 114 y sig., 222, 247 y sigs., 363 y sig., 392, 459, 475, 604 y sigs.; cura, 348, 610.

Traumatofilia, 544, 565, 588, 605, 607.

Traumatofobia, 605.

TRAVIS (Lee) [Bibl. 1543], 212, 714.

Trenzas (cortadores de), 388, 394, 401.

Trieb, 25.

Tristeza, estado de ánimo de, 445.

Triunfar, los que al— fracasan, 213, 511, 559.

Triunfo, 62, 400, 458, 541.

Trofeos, 540.

TROWBRIDGE (Lorell S.) [Bibl. 1544], 291, 714.

Tuberculosis (la) y las condiciones de vida, 651.

Tumor y fantasías de embarazo, 295.

U

Úlcera péptica, 281 y sig., 547.

Umbral (rituales de), 187, 328.

Unio mystica, 239, 402, 410 y sig., 446, 450 y sig., 477.

Uretral (es), placer de retención, 89; fines objetales, 89; sadismo, 89 y sig., 269.

Uretral (erotismo), 89 y sig.; y vergüenza, 90, 164 y sig., 269, 549 y sig., 595 y sig.; y llanto, 90, 253, 361, 549 y sig.; y enuresis, 89, 268 y sig., 549 y sig.; y eyaculación precoz, 201; (el) en la píromanía, 418.

Urticaria, 293.

Utrículo seminal, 104.

V

Vacaciones (las) como psicoterapia, 630.

Vacío interior (sentimiento de), en la depresión, 451.

Vagina, "—dentada", 101; (la) como zona erógena, 101 y sig., 104 y sigs., 111, 203 y sig.; = boca, 111, 281.

Vaginal, organización libidinosa, 101 y sig.; primacia, 104; sexualidad— y pregenitalidad, 112.

Vaginismo, 204, 258.

Valoraciones (las) del hombre moderno, 21; origen de, 70, 649 y sigs.

Vampirismo, fantasías de, 84, 546.

VARENDONCK (J.) [Bibl. 1545 al 1547], 49, 63, 65, 714.

Vasomotores (síntomas), 290 y sigs.

Vectorial (análisis), 30 y sig., 283, 581.

Vegetarianismo, 528.

Vegetativo-a (s), conversiones dentro del sistema, 263; las neurosis— como equivalentes afectivos, 273; disfunciones— y hormonales, 273 y sigs.; neurosis, 291; irritabilidad— de la piel, 292 y sigs.; los síntomas— en el neurótico obsesivo, 352.

Venganza, 548.

Vengativo, "tipo—" del complejo de castración femenino, 204, 205, 252, 350, 391, 417, 552, 570; espíritu— oral, 545.

Verbalización, de los mandatos del superyó, 130; ventajas de la, 617.

Vergonzoso, carácter, 545.

Vergüenza, y erotismo uretral, 90, 164 y sig., 268 y sig., 549; (la) como motivo de defensa, 164; triple estratificación de la, 165; señal de, 165; de uno mismo, 164; y enuresis, 268 y sig.; y ambición, 269; y sadismo, 401 y sig.; y angustia social, 578; y formación del carácter, 549, 551.

Vestimenta, e imagen corporal, 52, 317, 470; hipocondría por motivo de la, 52, 317, 470; simbolismo de la, 389.

Viajar (impulso de), 415 y sigs.

Vida (condiciones de) y tuberculosis, 651.

Viena, Asociación Psicoanalítica de [Bibl. 1587, 1588], 96, 450, 716.

Violinistas (calambre de los), 213, 259.

Viraje de la actitud pasiva a la activa, 62, 94, 100, 144, 332, 405 y sig., 430, 537 y sig., 604; contra el propio yo, 77 y sig., 94, 242, 292, 331, 354, 406 y sig., 442 y sig., 446 y sig., 449.

Visión, perturbaciones histéricas de la, 261 y sig.; perturbaciones órgano-neuróticas de la, 293 y sigs.

Voluntad, psicología de la, 70; inhibiciones de la, 212 y sig.; parálisis de la, 212 y sig.

Vómito histérico, 205, 252 y sig.

Voracidad y erotismo oral, 82.

Voyeurismo, 91 y sig., 392 y sigs.; véase también *Escoptofilia*.

Voz (ces), de la conciencia, 130; oír—, en la esquizofrenia, 478, 483.

Vuelta contra el propio yo, véase *Viraje*.

W

WAELDER (Jenny) [Bibl. 1548], 222, 714.

WAELDER (Robert) [Bibl. 1549 al 1553], sobre el principio de función múltiple, 30, 515 y sig., 522, 581; sobre función del juego, 62, 97, 405; sobre pensamiento esquizofrénico, 472; sobre tratamiento de la esquizofrenia, 502, 504; sobre análisis de niños, 640; bibliografía, 715.

WAGGONER (Raymond W.) [Bibliografía —1214], 286, 702.

WALL (Conrad) [Bibl. 1554], 631, 715.

WALLER (John V.) [Bibl. 1555], 206, 298, 715.

Wanderlust, 415 y sigs.

WARBURG (Bettina) [Bibl. 1556], 450, 715.

WATERMAN (August), 242.

WEDEKIND (Frank), 123.

WEIGERT-VOWINCKEL (Edith) [Bibl. 1557 al 1560], 467, 477, 490, 631, 715.

WEIJL (Simon) [Bibl. 1561], 427, 715.

WEININGER (Benjamin J.) [Bibl. 1562], 502, 628, 715.

WEISS (Eduardo) [Bibl. 1563 al 1570], sobre el superyó, 127; sobre agorafobia, 233; sobre *arc de cercle*, 259; sobre asma, 288, 365; sobre elección objeto narcisística, 376, 384, 481; sobre *acting out*, 423; sobre ideas delirantes de envenenamiento, 448; sobre eritrofobia, 580; bibliografía, 715.

WEISS (Edward) [Bibl. 1571 al 1574], 205, 290, 291, 298, 716.

WEISS (Vanda) [Bibl. 1575], 569, 716.

WESTERMAN-HOLSTYN (A. J.) [Bibl. 1576 al 1578], 253, 285, 488, 716.

WHITE (W. A.) [Bibl. 1579 al 1583], 260, 489, 647, 649, 716.

WHOLEY (C. C.) [Bibl. 1584 al 1586], 256, 429, 489, 716.

WILSON (George) [Bibl. —45, 1593], 297, 660, 716.

WILSON (George W.) [Bibl. 1589 al 1592], 276, 282, 289, 303, 716.

WINDHOLZ (Emanuel) [Bibl. 1594], 222, 717.

WINNICOTT (D. W.) [Bibl. 1595, 1596], 49, 268, 717.

WINTERSTEIN (Alfred) [Bibl. 1597 al 1600], 333, 387, 559, 567, 570, 574, 717.

WITTELS (Fritz) [Bibl. 1601 al 1606], 127, 195, 408, 417, 421, 470, 587, 717.

WITTKOWER (Erich) [Bibl. 1607, 1608], 274, 290, 717.

- WOLBERG (Lewis R.) [Bibl. 1609, 1610], 610, 626, 717.
Working through, véase *Elaboración analítica*.
 WARSTER-DROUGHT (C.) [Bibl. 1611], 305, 717.
 WORTIS (Herman) [Bibl. 1612], 52, 478, 717.
 WRIGHT (W. W.) [Bibl. —830], 494, 687.
 WULFF (M.) [Bibl. 1613 al 1621], sobre la sexualidad en las neurosis traumáticas, 142; sobre sifilofobia, 242; sobre ataques histéricos, 251; sobre un complejo oral de síntomas, 277 y sig., 429, 438; sobre asma, 288, 365; sobre homosexualidad, 375, 380; sobre "adictos a la comida", 429, 438; sobre estados de ánimo, 441; sobre complejo de castración femenino, 552; sobre mentir, 581; bibliografía, 717 y sig.
 WYRUBOW (N. A.) [Bibl. 1622], 679, 718.

Y

- YARNELL (Helen) [Bibl. 1623], 418, 718.
 YATES (Sybille) [Bibl. 1624], 136, 718.
 Yo, definición del, 30 y sig.; relación del— con el ello, 30 y sig., 61, 69, 134, 141 y sigs.; diferenciación del, 30, 49 y sigs., 523 y sig.; partes inconscientes del, 30, 199; dividir el— mediante la interpretación, 39; estados de regresión del, 54, 65, 71, 187 y sig., 305, 467; primeros estadios del, 49 y sigs.; y sentido de la realidad, 51, 64 y sigs., 70 y sig.; e imagen corporal, 51 y sigs., 299, 469 y sig.; la formación del, 50 y sigs., 521 y sigs.; la identificación en la estructuración del, 54, 563; orientación oral del— primitivo, 53 y sig.; los múltiples núcleos del, 56; debilidad y fortaleza del, 56, 141 y sig., 150, 188; funcionamiento del— mediante la anticipación, 58 y sigs., 62 y sigs.; (el) y los instintos, 61, 69, 134 y sig., 141 y sig., 522 y sig.; y angustia, 61 y sig., 158 y sigs.; (el) y la facultad del habla, 64; fijación del, 71 y sig., 82, 583 y sig.; instintos del, 76; libido del— y libido objetal, 76 y sig.; desplazamiento del peso del, 107; actitudes del— frente al superyó, 128, 157 y sig., 330 y sig., 554 y sigs.; el ideal del, 129, 448, 525, 542, 558, 568 y sig.; (el) en la pubertad, 134; y trauma, 141 y sig., 145;

bloqueo o disminución de las funciones del— en las neurosis traumáticas, 141 y sigs.; conflicto entre el— y el ello, 154, y sigs.; desdoblamiento del, 157, 171, 185, 341 y sigs., 350, 388, 558, 634; e impotencia, 199; funciones del— y principio del placer, 210; los estados arcaicos del— y el dormir, 248; identificación con estados anteriores del, 257; los dos frentes del— en la neurosis obsesiva, 330 y sigs.; estructura del— en el neurótico obsesivo, 346, 350; y control motor, 362; el sentimiento del, 471; los límites del, 475; (el) y las experiencias dolorosas, 507; y síntomas, 507 y sigs.; psicología del, 518 y sig., 521 y sigs.; condicionamiento social del, 519 y sig., 524 y sig.; actitudes del— e instintos, 522 y sig.; y carácter, 522 y sigs.; interrelaciones patológicas de las formas de dependencia del, 581 y sigs.; razonable y psicoanálisis, 597 y sigs., 642 y sig.; el hipnotizador como— del paciente, 494; análisis del— y técnica, 626; escala postesquizofrénica del, 505; "de placer puro", 56 y sig., 173 y sig., 175, 264, 320.

- YOUNG (David A.) [Bibl. 1625], 473, 489, 718.

Z

- ZACHRY (Caroline) [Bibl. 1626, 1627], 136, 718.
 Zapatos (fetichismo de los), 385 y sig.
 ZILBOORG (Gregory) [Bibl. 1628 al 1638], sobre historia de la psiquiatría, 17, 624; sobre culturalismo, 20; sobre desplazamientos anales, 95, 544; sobre miedo a la muerte, 242; sobre psicosis puerperal, 296, 478; sobre ideas sobre la muerte, 242; sobre terquedad, 319; sobre constitución, 346, 550; sobre suicidio, 450; sobre factores precipitantes en la esquizofrenia, 494; sobre esquizofrenia ambulatoria, 496, 499, 592; sobre angustia sin afecto, 535; sobre los comienzos mágicos de la medicina, 624; bibliografía, 718.
 Zonas erógenas, 75, 80 y sig.
 ZULLIGER (Hans) [Bibl. 1639 al 1646], sobre duelo, 190, 443 y sig.; sobre perturbaciones específicas de la inteligencia, 212; sobre robar, 417; sobre mentir, 590; sobre psicoterapia, 628; sobre análisis de niños, 639 y sig.; bibliografía, 718 y sig.

Esta obra se terminó de imprimir y encuadernar en febrero de 2008 en los talleres de Programas Educativos, S. A. de C. V., calzada Chabacano no. 65, local A, col. Asturias, 06850, México, D. F. (empresa certificada por el Instituto Mexicano de Normalización y Certificación A. C. bajo las normas ISO-9002: 1991/NMX-CC-004: 1995 con el no. de registro RSC-048 e ISO 14000: 1996 NMX-SSA-001: 1998 IMNC/ con el no. de registro RSA-003).