

C4 F143

FOTOCOPIADORA

David Liberman

La comunicación en terapéutica psicoanalítica

Aplicaciones de la teoría
de la comunicación
al proceso transferencial

FOTOCOPIADORA
 100 C.E.P.S.I.
 psicodiagnóstico
 Folio 37 S/F —
 D/F 2

28
001

TEMAS DE EUDEBA / PSICOLOGÍA

12 11
24 / 04

EUDEBA EDITORIAL UNIVERSITARIA DE BUENOS AIRES

r
e
s
u
m
e
n
t
e
d
e
l
a
s
p
a
r
t
e
s
d
e
l
t
e
x
t
o

CAPÍTULO V

LA PERSONA INFANTIL. ÓRGANO-NEUROSIS. (ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS)

Cierto tipo de pacientes con características bastante parecidas a la persona depresiva localizan sus conflictos a nivel del sistema nervioso autónomo; éste se convierte entonces en el medio de expresión de los conflictos. *En la situación analítica, la aparición de síntomas somáticos suele ser habitualmente interpretada por el terapeuta como mensajes no verbales que se integran en la interpretación con otros tipos de lenguajes no verbales y con el lenguaje verbal, con el fin de que el paciente, por medio de un paulatino esclarecimiento, incrementa sus procesos de simbolización y logre de esa manera una mejor integración entre lo que siente, lo que piensa y lo que dice.*

La investigación del efecto del estímulo constante provocada por la presencia del terapeuta, así como también la reacción de los estímulos periódicos que el terapeuta provoca en el paciente a través de la interpretación, muestran que en los pacientes que no han logrado en el curso de su infancia un buen desarrollo de su capacidad de simbolizar, el registro del estímulo incide sobre determinadas funciones fisiológicas. El síntoma somático constituye de esa manera algo más que una mera señal, es una respuesta dada al terapeuta, que incluye fantasías inconscientes y relaciones objetales inconscientes expresadas bajo la forma de síntoma somático por no poder hacerlo de otra manera.

Se denomina precisamente persona infantil a aquella que tiende a reaccionar con este "código" somático, y que también acostumbra a registrar selectivamente en los demás los estímulos que emanan de su cuerpo.

En las sesiones psicoanalíticas estos pacientes se caracterizan por estar constantemente tensos, tanto en el área corporal como en el área mental. Las interpretaciones pueden desencadenar cefaleas, dolores gástricos, crisis de tos o de asma, cólicos intestinales, deseos de

2

orinar etc.; suelen estar intensamente conectados con los aspectos no verbales implícitos en el lenguaje verbal del terapeuta que interpreta. Mientras escuchan la interpretación, consciente o inconscientemente tratan de atisbar el estado de ánimo del terapeuta. En la entrada y en la salida de la sesión, registran con minuciosidad el rostro del terapeuta, sus gestos, su manera de moverse, con el propósito de verificar si ellos son aceptados. Cualquier atisbo de malestar o de tensión por parte del terapeuta equivale a un abandono, que da lugar entonces a la introyección de un objeto cargado con cualidades negativas y que de alguna manera es registrado en el sistema nervioso autónomo.

Este tipo de vínculo regresivo se establece en el paciente por una disociación total cuerpo-mente, por un control de la emoción por medio del mecanismo de negación, que le impide establecer eslabones entre la respuesta somática y las otras áreas de expresión y acción, y por una fuerte idealización y omnipotencia de los procesos del pensar.

Han establecido una fisura entre pensamiento autónomo y pensamiento realista, entre principio del placer y principio de realidad, entre proceso primario y proceso secundario, entre consciente e inconsciente. Por eso impresionan como pacientes fuertemente apegados a la realidad, aunque es precisamente este apeamiento a la realidad externa lo que los mantiene disociados del cuerpo e indefensos frente a estímulos que en otro tipo de personas son registrados de una manera menos perniciosa para la conservación de la salud corporal.

El pensamiento autónomo, el principio del placer, el sistema inconsciente con sus contenidos: inclinaciones y excitaciones unidas a representaciones, que dan lugar a deseos que se acompañan por alteraciones motoras y secretoras y que se manifiestan como emociones, el proceso primario, con sus característicos mecanismos de desplazamiento y condensación, identificación y proyección, con la ausencia del principio de contradicción, con sus diferentes temporalidades, lenguaje simbólico arcaico y sustitución de la realidad externa por la interna, quedan fijados en la persona infantil en determinados sistemas y funciones fisiológicas, y condicionan en la situación transferencial un tipo específico de vínculo en que coexiste en forma totalmente disociada un rígido comportamiento realista con otro tipo de comportamiento —si es que así puede llamarse— que se expresa por medio de síntomas corporales.

Suelen ser muy sensibles, pero piensan poco o nada acerca de lo que sienten. En el material verbal pueden llegar a expresarse con cierta objetividad, pero esto ocurre siempre y cuando se refieran a situaciones concretas y objetivas. Los mecanismos de idealización y omnipotencia se manifiestan por medio de un cierto grado de orgullo

por su capacidad de no perder el equilibrio de sus ideas, y también presumen mucho de su capacidad para controlar las sensaciones de fatiga física. El análisis de estas situaciones, generalmente, suele poner de manifiesto fantasmas masoquistas fuertemente negadas y racionalizadas, que solo por medio de la somatización pueden percibir y, en cierta medida, expresar.

Determinadas características de nuestra cultura fomentan el desarrollo de este tipo de persona. En cierta forma, la reacción ambiental frente a la enfermedad somática gratifica de alguna manera al paciente, quien obtiene lo que en psicoanálisis conocemos con el nombre de beneficio secundario.

La adaptación forzada al ambiente externo sucede porque el principio de realidad no está integrado por el principio del placer; por eso el tipo de conexión que mantiene el paciente con su medio constituye más bien una adaptación masoquista a la realidad, con marcadas características infantiles, a pesar de lo que quiera o pueda aparentar.

En la situación analítica, estos enfermos parten de suposiciones y creencias que son válidas para su estructura intrapersonal, y que transponen rígidamente al plano bipersonal transferencial. Como hacen esto mismo en su vida de relación, generalmente distorsionan el significado de los acontecimientos sociales. No pueden hablar con tranquilidad frente a un grupo de personas porque se emocionan; en cambio pueden hacerlo individualmente con una y otra de las personas que forman dicho grupo; esto debe ser muy tenido en cuenta en la terapéutica psicoanalítica, porque el carácter bipersonal de la misma facilita la adaptación del paciente, pudiendo de esta manera mantenerse oculto el verdadero conflicto de adaptación.

Solo cuando por acción de las interpretaciones y al cabo de un tiempo más o menos largo de análisis se ha logrado modificar la estructura de la persona infantil, surge material con características más "psicológicas"; la ruptura de la disociación señalada permite entonces que el paciente tome más en cuenta y registre mejor lo que siente, lo que es debido, en realidad, a que éste ya ha podido convertir la somatización en emoción y en deseo que pueda ser pensado y verbalizado.

El tratamiento psicoanalítico prolongado permite modificar gradualmente un déficit en el desarrollo del "yo", que consiste en dejar de lado, en el curso del desarrollo, la utilización de los receptores de distancia.

Mientras la persona esquizoide fue en su infancia un niño silencioso y observador que contemplaba y pensaba al grupo familiar desde la periferia y sin poder participar, la persona infantil en su infancia se caracterizó por un comportamiento opuesto, mucha cer-

LA PERSONA INFANTIL EN TERAPIA PSICOANALÍTICA P. II

28001

canía y apego a persona o personas del grupo familiar, situándose entre los componentes del grupo y con una fuerte participación emocional en el mismo.

Esta situación dio lugar a una persona con una fuerte conexión, muy apegada a los grupos en que participa, con una imposibilidad de alejarse, observar y pensar. Por eso ha llamado la atención de algunos autores la estereotipia de los juicios de valor y la estrechez de la concepción del mundo de estos pacientes, que contrastan con su fuerte apego a la realidad y con el éxito en la vida que algunos de ellos obtienen a costa de sacrificar, por medio de la disociación, una parte importante de su propia persona; la que está ligada al cuerpo, al inconsciente y al mundo interno.

Sus dificultades en la participación y en la acción se pueden ver por medio del efecto que tiene en ellos el material verbal que ellos mismos han expresado. Cuando dicen algo, su atención se concentra en el efecto corporal que les provocan sus palabras, cosa que da lugar a un tipo característico de comportamiento habitualmente denominado "falta de tacto".

La persona infantil se encuentra en el polo opuesto al esquizoide; éste se interesa por sí mismo en cosas simbólicas, moviéndose en un mundo de abstracciones; en cambio la persona infantil utiliza el pensamiento y la acción como medio significativo. El síntoma somático constituye a la vez pensamiento, sentimiento y acción.

BIBLIOGRAFIA

- ABADI, M., "Nota acerca de algunos mecanismos en la génesis de la obesidad", *Rev. de Psicoanálisis*, Buenos Aires, XIII, 3, 296.
- CESIO, F., "Un caso de úlcera gastroduodenal", *Rev. de Psicoanálisis*, Buenos Aires, XII, 2, 227.
- DEUTSCH, F., "La elección del órgano en las órgano-neurosis", *Rev. de Psicoanálisis*, Buenos Aires, VII, 1, 143.
- GARCÍA REYNOSO, D., "Notas sobre la obesidad a través del estudio de Falstaff", *Rev. de Psicoanálisis*, Buenos Aires, XIII, 2, 170.
- GARCÍA VEGA, H., "Conflictos emocionales y regresión oral digestiva en una obesidad neurótica", *Rev. de Psicoanálisis*, Buenos Aires, XIII, 8, 305.
- GARMA, A., "Obesidad y dos tipos de alimentación", *Rev. de Psicoanálisis*, Buenos Aires, XIII, 2, 153.
- GARMA, A., *El dolor de cabeza*, Bibl. de Psicoanálisis, Ed. Nova, Buenos Aires, 1958.
- GARMA, A., "La génesis afectiva de la úlcera gastroduodenal", *Rev. de Psicoanálisis*, Buenos Aires, VIII, 3, 311.
- GONZÁLEZ, J. L., "Asma, abandono y trauma de nacimiento", *Rev. de Psicoanálisis*, Buenos Aires, X, 4, 433.

- GRINBERG, L., "La negación en el comer compulsivo", *Rev. de Psicoanálisis*, Buenos Aires, XIII, 2, 160.
- LANGER, M., *Maternidad y sexo*, Bibl. de Psicoanálisis, Ed. Nova, Buenos Aires, 1951.
- LANGER, M., "Algunas aportaciones a la psicología de la menstruación", *Rev. de Psicoanálisis*, Buenos Aires, II, 2, 1945.
- LIBERMAN, D., "Humorismo en la transferencia e instinto de muerte en un paciente obeso", *Rev. de Psicoanálisis*, Buenos Aires, XIV, 3, 292.
- PICHON RIVIÈRE, E., "Aspectos psicopatológicos de la dermatología", *Rev. de Psicoanálisis*, Buenos Aires, VI, 2, 295.
- RASCOVSKY, A., Y OTROS, *Patología psicopatológica*, Bibl. de Psicoanálisis, Ed. El Aeneas, Buenos Aires, 1948.
- RASCOVSKY, A., RASCOVSKY, M., SCHLOSSBERG, E., "Estructura psíquica básica del obeso", *Rev. de Psicoanálisis*, Buenos Aires, VIII, 2, 141.
- ROLLA, E., y GRINBERG, L., "Anorexia nerviosa y claustrofobia", *Rev. de Psicoanálisis*, Buenos Aires, XIII, 4, 486.
- Simposio anual sobre *Obesidad y perturbaciones del comer*, realizado en la Asociación Psicoanalítica Argentina, 1955.
- WEIL, J., "Psicoanálisis de una obesa con perversiones sexuales", *Rev. de Psicoanálisis*, Buenos Aires, XIV, 4, 389.