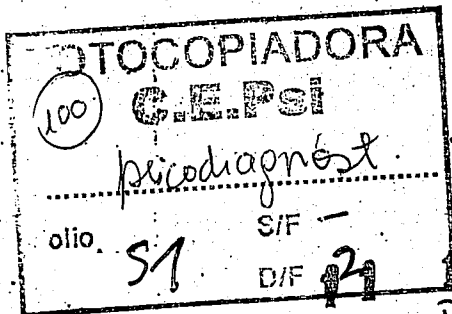


C3 F84

LA COMUNICACION EN TERAPÉUTICA PSICOANALÍTICA

- SEREBRIANY, R., "Detención del tiempo, angustia claustrofóbica y actuación", *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, Editor Asociación Psicoanalítica Argentina, 19, 3, 218, 1962.
- SILVERBERG, W. V., "Acting-out versus insight. A problem in psychoanalytic technique", *Psychoanalytic Quarterly*, Nueva York, 24, 4, 1955.
- SPIEGEL, L. A., "Acting-out and defensive instinctual gratification", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 1, 1954.
- STERBA, R., "Dreams and acting-out", *Psychoanalytic Quarterly*, Nueva York, 15, p. 175, 1946.
- TIBOR, A., "Algunos aspectos de la prostitución: la seudopersonalidad", *Int. J. of Psychoanalysis*, Londres, Ed. The Institute of Psychoanalysis, 26, 1-2, 62, 1945.
- VIDAL, G., "Psicopatías (Notas para una semántica psicoanalítica)", *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, Editor Asociación Psicoanalítica Argentina, 17, 2, 251, 1960.
- WEIS, E., "Emotional memories and acting-out", *Psychoanalytic Quarterly*, Nueva York, 11, p. 477, 1942.
- WITTLES, F., "The position of the psychopath in the psycho-analytic system", *Int. J. of Psychoanalysis*, Londres, Ed. The Institute of Psychoanalysis, 19, 4, 471, 1938.
- WITTLES, F., "The criminal psychopath in the psychoanalytic system", *Revue Française de Psychoanalyse*, 24, 3, 276, 1937.
- WITTLES, F., "Die Libidinhose-Struktur des kriminellen Psychopathen", *Zeitschrift für Psycho-nastische Medizin*, 23, p. 360, 1937.
- WITTLES, F., "Kleptomania and other psychopathic crimes", *J. Crim. Psychop.*, 4, 2, 205, 1942.
- WITTLES, F., "Cleptomanía y otros delitos psicopáticos", *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, Editor Asociación Psicoanalítica Argentina, 6, 2, 311, 1948.
- ZELIGS, M. A., "Acting in", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 5, 4, 1937.



"LIBERMAN"

CAPÍTULO VII

LA PERSONA LÓGICA:  
NEUROSIS OBSESIVA. CARACTER OBSESIVO.  
RASGOS ANALES DE CARÁCTER.

A

En la generalidad de los casos, los esclarecimientos interpretativos del analista ejercen un efecto más o menos inmediato que se exterioriza por medio de un cambio cualitativo en el contenido y en la forma de la respuesta, así como también en los contenidos inconscientes que operan en la situación transferencial.

Como consecuencia de la hipertrofia defensiva de las operaciones lógicas, el tipo de paciente obsesivo se caracteriza por su habilidad para desarticular por medio de un análisis crítico el significado coherente y concreto de las interpretaciones del psicoanalista. La lógica formal se constituye así en un instrumento tendiente a contraatacar a la "lógica de las emociones", o sea a la traducción verbal de los procesos primarios que el terapeuta ha percibido y verbalizado por medio de la interpretación.

Este tipo de paciente se caracteriza por lo que comúnmente llamamos "rigidez". Tiende a contestar a la interpretación con determinada categoría de comportamiento y es incapaz de percibir los afectos de su conducta, que provocan aburrimiento en el terapeuta si éste espera que surja nueva información cuando el enfermo está estereotipado.

La meticulosidad, el detallismo y un excesivo orden en la información suministrada al terapeuta, provocan también en éste una sensación de tedio y de infructuosidad en la tarea que está realizando.

Esta respuesta contratransferencial es la reacción frente a un déficit de la cantidad de información que transmite dicho paciente y de la excitación y el control que ejerce por la manera de utilizar sus diferentes formas de expresión. Exige mucha atención, pero en cambio dice muy poco.

Esto ocurre porque el obsesivo tiene mucha ansiedad ante el

100 F119

## LA COMUNICACIÓN EN TERAPÉUTICA PSICOANALÍTICA

cambio, que es sentido como caos irreparable, y todo proceso comunicativo significa un cambio.<sup>1</sup>

El paciente percibe desde un comienzo que la situación transferencial, la forma de percibir y considerar los hechos por parte del terapeuta, puede producir en él modificaciones frente a las cuales él se inquieta porque no sabe cómo adaptarse a ellas.

Transmite la información predominantemente por vía verbal, y por la utilización excesiva de la lógica formal y del proceso secundario obstaculiza en el terapeuta la percepción de la fantasía inconsciente. La comunicación de la emoción y de otros elementos no verbales de la comunicación es objeto de un rígido control, debido a que el obsesivo los equipara a contenidos sucios y peligrosos que deben ser excluidos.

El terapeuta le está significando un padre o una madre exigente, y cuando, a través de la interpretación, busca transformar la cualidad de estos objetos, se encuentra con que el paciente trata de bloquear su labor con la finalidad de mantenerlos estáticos.

Ruesch<sup>1</sup> ha llamado la atención sobre la forma de escuchar y valorar del paciente obsesivo. Este tipo de persona se concentra en los aspectos verbales de la comunicación, y siente una gran atracción por los aspectos sintácticos y semánticos de la misma, y a causa de ello desestima la finalidad pragmática de la comunicación.

Esto puede verse con mucha claridad en la práctica psicoanalítica al observar la actitud que sustenta el obsesivo frente a las interpretaciones, desestimando la finalidad terapéutica implicada en la comprensión de los procesos inconscientes.

Al detenerse en los aspectos formales de la tarea en común, el paciente se preocupa excesivamente acerca de cómo tiene que entender y cómo tiene que hablar, y no toma contacto con la motivación profunda de sus trastornos y de la finalidad terapéutica del tratamiento. La comprensión de "por qué" y de "para qué", es decir, del verdadero origen y la meta que persigue es desestimada, ya que esto trae aparejado la pérdida de sistemas de vida estables y el enfrentamiento con lo desconocido.

En la situación analítica tienen muchas dificultades en decir lo que les sucede en un momento dado, debido a que significaría una entrega total que escapa a sus posibilidades de control; las dudas obsesivas tienen por finalidad graduar la entrega, dando y quitando información, y de esa manera evitar el estar expuesto a la ansiedad que despierta todo cambio.

La omnipotencia de pensamiento y de la palabra se pone de manifiesto por el cuidado excesivo que pone el paciente obsesivo

por poseer un vocabulario crítico apropiado; teme constantemente equivocarse, o que el terapeuta se equivoque en el empleo de un concepto y que eso acarree consecuencias dañinas. De ahí que se preocupe más por la perfección del intercambio comunicativo, que por los verdaderos efectos que se producen a raíz de dicho intercambio.

Tiene constantemente temor de ser interrumpido por el terapeuta mientras él se halla empeñado en construir sus afirmaciones, por eso en el diván analítico levanta los antebrazos mientras habla, como si tuviese que contener al terapeuta que puede irrumpir en él.

Cuando este proceso de control es excesivo, se angustia porque no puede terminar de decir lo que quiere. Su ideal perfeccionista interfiere de esta manera en la eficiencia del intercambio comunicativo, pero cuando por alguna razón se perturba dicho equilibrio narcisista, pierde su capacidad de control, y entonces sus tendencias retentivas se vuelven contra él mismo, paralizándolo.

El paciente obsesivo es extremadamente curioso, debido a que en el fondo comprende que su excesivo control frustra al interlocutor; por eso, si bien en cierto plano no toma en cuenta los efectos que su comportamiento acarrea, en otro más profundo se halla muy preocupado porque sienta dañados sus medios de expresión y de comprensión, y sabe también que de alguna manera impide que el interlocutor —el terapeuta en este caso— esciba y transmita con toda su eficiencia. Este conocimiento es muy vago y difuso; es solo presentido por el paciente, de allí que en la situación transferencial se halla agobiado por un sentimiento de incertidumbre acerca de los daños que puede haber causado a sus objetos, como así también está preocupado por el estado de las partes del "yo" ligadas a dichos objetos.

Esta incertidumbre subyacente a su lógica concepción, conduce a un afán obsesivo de conocimiento, a una exagerada inspección crítica que tiende a detenerse sobre lo externo, lo superficial y lo "lógico", evitando así tomar contacto con las emociones, los sentimientos y las fantasías inconscientes que representan lo "oculto", lo "nuevo" y lo "caótico".

Esta peculiar característica de enfocar al objeto de conocimiento consiste en un intento por penetrar en el interior de los objetos; como se trata de una curiosidad motivada predominantemente por el temor, nunca alcanza su fin. En la situación transferencial esto se expresa por un afán de saber si el analista ha comprendido el significado de sus afirmaciones, para confirmar o negar si lo que él ha dicho ha sido recibido y comprendido como él lo esperaba.

Esto se observa con mucha claridad cuando se estudia el mate-

<sup>1</sup> RUESCH, J., *Disturbed Communication*, Norton, Nueva York, 1957, pág. 197.

rial verbal de las sesiones psicoanalíticas, en las que el terapeuta sometido a su paciente ha caído bajo el dominio de éste, y se ha entablado una discusión interminable acerca de quién de los dos ha dicho tal cosa y de cómo y de cuándo tal cosa ha sido dicha. En estos casos el intercambio comunicativo cesa y la verbalización se convierte en un medio de fortalecer los mecanismos de aislamiento defensivo; el intercambio verbal pierde su característica de diálogo.

El terapeuta es sentido como un padre (o padres) que abruma con exigencias prematuras, frente a las cuales el inconsciente del paciente tiene que adaptarse de una manera formal. Por eso en estos casos el analista debe tener presente que el paciente puede aparentar un adelanto que en realidad no es tal, mediante la memorización de los conocimientos transmitidos por las interpretaciones, pero que en realidad no se encuentran integrados como conocimientos verdaderos que han modificado la personalidad. La estructura anal retentiva condiciona la adaptación formal.

Las interpretaciones que realmente impactan y son asimiladas son aquellas que en un primer momento producen en el paciente un estado caótico. La pérdida del control de la ansiedad y de las emociones por medio de los sistemas obsesivos trae aparejado junto al esclarecimiento un cierto grado de depresión; los sistemas obsesivos involucran para el paciente una relación objetal, que si bien lo priva de ciertas gratificaciones, lo protege de la depresión.

Solo al operarse la modificación de la cualidad del objeto proyectado en el terapeuta, se produce un reajuste en la escala de valores del paciente. Solo entonces puede descubrir éste que la verdadera gratificación reside en la elección de una meta y de una relación objetal menos ambivalente que le haga experimentar el placer en la decisión y en la acción. El comportamiento en la situación analítica, que en un comienzo tiene para el paciente como sentido y finalidad "hacer todo al pie de la letra", esforzándose para evitar el castigo y lograr el cariño del terapeuta, cambia dicho sentido y finalidad; el paciente descubre que la regla fundamental consiste en elegir lo que necesita conocer en cada momento, para que de esa manera el terapeuta complete y satisfaga esta verdadera necesidad.

Cuando el obsesivo comprende el sentido y descubre los motivos y la génesis de su rigidez, puede darse cuenta de que el motivo de sus mecanismos defensivos reside en el temor a que sus padres (o su "superyó") descubran el odio que les tiene, y a la vez protegerse del odio de estos objetos sobornándolos y apaciguándolos mediante el sometimiento.

La observación de los roles adjudicados al terapeuta permite

comprobar una afirmación de Ruesch<sup>2</sup>, quien dijo que la historia del paciente obsesivo pone de manifiesto que de niño era reñido si no se mantenía ocupado, que su ocio provocaba angustia en el padre, pero que en cuanto el niño estaba ocupado en algo, obtenía recompensa, aprendiendo así que "el hacer" traía aprobación; de aquí que este tipo de persona tienda a hacer cosas aunque no obtengan resultado significativo, valorizando más el esfuerzo realizado que el efecto obtenido.

A esta acción de los padres se debe añadir que las características de los padres reales también dependen de la forma en que el niño actúa con ellos y de la manera como el niño percibe las respuestas que ellos en parte provocan; todo esto es un proceso de interacción que depende del conjunto de ansiedades paranoides, depresivas y lólicas que actúan inconscientemente.

El examen de los procesos de comunicación en la situación transferencial permite objetivar cómo ha sido la evolución de las relaciones entre el "yo" del niño y sus padres internalizados en el "superyó", y las relaciones de éstos con sus padres reales. Para lograr esta objetivación es necesario examinar fragmentos de sesiones psicoanalíticas pertenecientes a diversas épocas y compararlas entre sí.

En toda neurosis la interminable discusión entre lo subjetivo y lo objetivo sobre los hechos ocurridos en la infancia puede solucionarse si se observan los hechos tal cual se desarrollan en la transferencia; éstos demuestran que las ansiedades subyacentes promotoras de una defensa determinada dan lugar a que el niño tienda inconscientemente a despertar en los padres determinadas actitudes y pautas de comportamiento que refuerzan sus defensas, dando lugar entonces a que la figura real de los padres externos se vaya asemejando más y más a la figura de los padres internalizados, siempre y cuando existan en aquellas disposiciones negativas que hagan juego a su vez con las disposiciones negativas del niño.

En la medida en que el terapeuta tenga también consigo estas disposiciones negativas de los padres, el paciente despertará en aquél pautas de comportamiento similares a las de aquéllos. La adaptación precoz del paciente obsesivo al lenguaje verbal del terapeuta, constituye la repetición de lo que le ocurrió en la infancia cuando aprendió a memorizar lo que decían los adultos, en vez de investigar lo que realmente representaban; la rigidez postural del paciente en la sesión pone de manifiesto cómo en la infancia no se permitió reaccionar en términos no verbales, y cómo al mismo tiempo fue muy sensible a las prohibiciones de los padres de reaccionar en términos no verbales. El paciente obsesivo siempre espera

<sup>2</sup> RUSCH, J., *Disturbed Communication*, Norton, Nueva York, 1957, pág. 197.