

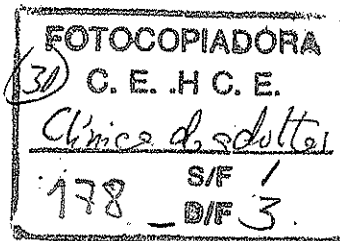
Análisis del self

El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad

Heinz Kohut

2ª parte: la activación terapéutica del self grandioso.

Amorrortu editores
Buenos Aires



Cap 7: El proceso terapéutico en las transferencias especulares.

Acting out en las transferencias narcisistas: el problema de la intervención activa del terapeuta

El carácter asocial del self grandioso explica su gran renuencia a los efectos del psicoanálisis, y una de las más importantes resistencias transferenciales que se encuentran durante la movilización, en el análisis, del self grandioso reprimido es, por lo tanto, su desviación de la transferencia especular y el empleo de sus energías instintivas en el síndrome de *acting out* asocial. Gran parte de la conducta delictiva manifiesta o encubierta de las personalidades narcisistas (incluyendo los actos asociales que se producen durante la terapia analítica) no se debe, pues, ni a una falla en el superyó (salvo, en forma indirecta, en la medida en que la insuficiente idealización del superyó se relacione con el hecho de que el peso principal de las catexias narcisistas está concentrado en el self grandioso) ni, en un ejemplo de impulsividad simple, meramente a la debilidad del yo enfrentado con las pulsiones. El *acting out* de las personalidades narcisistas es un síntoma formado como consecuencia de la irrupción parcial de los aspectos reprimidos del self grandioso. Por eso, aunque suele aparecer como inadaptado y a menudo destructivo, el *acting out* puede considerarse un logro del yo que amalgama las fantasías grandiosas y los impulsos exhibicionistas con contenidos preconscientes adecuados y los racionaliza, en forma análoga al proceso de formación de síntomas en las neurosis de transferencia.

La relación entre la tendencia al *acting out* y la movilización del self grandioso es muy específica; o sea, en el análisis de los trastornos narcisistas la aparición del *acting out* aparentemente aloplástico, en lugar de la formación de síntomas psiconeuróticos aparentemente más autoplásticos, se debe a



re
re
K
2
2
7

que el proceso terapéutico produce, a la vez, dos cambios importantes a partir del equilibrio psíquico preterapéutico: a) la hipercatexia del self grandioso, y b) el debilitamiento de mecanismos de defensa específicos (represión-contracatexia; disociación-desestimación) que habían evitado la intrusión de impulsos grandiosos exhibicionistas del self grandioso en el yo-realidad. La razón concreta de que se elija el *acting out*, empero, como síntoma patognomónico de emergencia durante una transferencia especular que, transitoriamente, ha quedado fuera de control no es ni la intensidad de los impulsos (grandiosos-exhibicionistas), ni la índole primitiva de los instintos de reverberación (o sea, la aparición frecuente de exigencias orales y de un tono sádico-oral vengativo no neutralizadas), ni la debilidad del yo. El determinante específico del *acting out* es el propio narcisismo de la organización psíquica que está comprendido en la irrupción súbita del self grandioso. La regresión específica a la fijación patogénica indica avances hacia una menor diferenciación entre self y no-self y, por ende, hacia una borradura de la distinción entre impulso, pensamiento y acción. En otras palabras, lo que en un examen superficial parece ser acción aloplástica no es, en realidad, acción sino la actividad auto-plástica de una etapa del desarrollo psicológico en que el mundo externo aún está catectizado con libido narcisista. Cualquiera que fuese la índole de la propensión de un paciente a desviar sin demora, de la situación psicoanalítica misma, las energías psíquicas movilizadas por la terapia, esta tendencia siempre enfrenta al analista con el dilema de si es preciso o conveniente impedir o no las actividades del paciente. El problema técnico de si el analista debe ser activo y, si lo es, en qué esfera, extensión y grado, tiene que ser evaluado, por supuesto, no solo considerando el tipo de psicopatología, y la estructura metapsicológica de la actividad del paciente correlacionada con ella, sino también a menudo atendiendo a la posibilidad de que el daño que el paciente podría ocasionarse a sí mismo o a los demás (intento de suicidio, homicidio, actividades delictivas y perversas que son una franca invitación a que se las descubra y castigue, etc.) se vuelva tan grande que deba ser controlado. En esos últimos casos, lo mejor para el analista es no tratar de aunar la expresión de sus preocupaciones reales con las interpretaciones del material emergente, sino formular simple y directamente que él confía en que el paciente no ejecutará

sus funestos planes o que detendrá sus actividades peligrosas. La necesidad de una intervención obligada de ese tipo por parte del analista surge, empero, principalmente en casos de psicosis fronterizas y en casos afines en que existe una falla profunda del yo que origina impulsos incontrolables. En los casos de *acting out* histérico (que es un lenguaje infantil de dramatización), en cambio, la participación activa del analista tiene un propósito diferente, más estrictamente psicoanalítico, que puede (y debe) ser explicado al paciente mientras se lo emplea. El objetivo del activismo del terapeuta (el aconsejar al paciente que termine con las representaciones dramáticas) es aquí —al igual que el objetivo de la técnica sugerida por Freud a Ferenczi con respecto al análisis de las fobias [Ferenczi, 1919]— canalizar las pulsiones incestuosas reprimidas, inconscientes, y los conflictos relacionados con ellas, llevándolas a una confrontación con los procesos secundarios del yo, es decir, alentar la formación de derivados de la fantasía verbal a modo de asociaciones libres durante las sesiones analíticas.

Todas las consideraciones antes mencionadas, en particular aquellas relacionadas con el hecho de que el analista explícite su preocupación en caso de peligro, se aplican a veces a ciertos aspectos del análisis de *acting out* en casos de trastorno narcisista de la personalidad. Pero, en general, el *acting out* debe aquí entenderse más directamente como una forma de comunicación dentro de una captación arcaica total del mundo que no permite aún distinguir entre acción y pensamiento. Si bien a veces es, pues, necesario —y eficaz!— advertir al yo del paciente que, *en interés de su propia preservación*, sería indicado que cambie de actividades, no debe proponérsele ninguna regla moral, excepto la práctica y realista de que, en vista de las costumbres prevalecientes en la época, corre peligro por sus acciones.

Además de suscitar expresiones de preocupación real en el analista, las acciones del paciente requieren ser interpretadas, y —en contraste con el contenido de las dramatizaciones actuadas de los pacientes histéricos o fóbicos— constituyen aquí un medio valioso de ampliar, mediante el *insight*, el campo del yo del analizando. De este modo, cuando el paciente E. volvió a comportarse con propósitos voyeuristas peligrosos en los baños públicos durante las separaciones de su analista, o cuando sintió que este no lo había comprendido, las interpretaciones sin intención moralizadora de que

sus deseos de verse reflejado, aprobado y comprendido se habían deteriorado en forma regresiva hacia una representación de una fusión visual arcaica no solo fueron eficaces para aumentar su control cuando luego volvió a sentirse mal interpretado o desatendido, sino que también le hicieron profundizar permanentemente en la captación de su propia personalidad y la emergencia de recuerdos importantes y significativos de su infancia. Recordó, por ejemplo, que el primer episodio de voyeurismo en un baño público había ocurrido en una feria campestre, cuando él le pidió a su madre que lo mirara y admirara su habilidad en una hamaca alta. Como la madre, que por entonces estaba gravemente enferma (hipertensión maligna), no pudo demostrar interés alguno por el deseo de E. de exhibir su proeza, él se apartó de ella y se fue a un baño público. Impulsado por una fuerza que comprendía sólo ahora, pero de la que incluso podía recordar su tono afectivo, miró los genitales de un hombre y fundiéndose con eso se sintió imbuido del poder y la fuerza que le simbolizaba. (En términos teóricos: hubo una regresión desde un estadio de la transferencia especular a otro de la transferencia fusional.)

Las manifestaciones transferenciales se desplazan, en general, desde las formas más arcaicas (p. ej., fusión) a la posición más avanzada (transferencia especular en el sentido más estricto). La conducta del paciente E. durante las separaciones de fin de semana del analista constituía una reversión transitoria de esta dirección, en respuesta a las vicisitudes de la relación transferencial clínica.

Un colega⁴⁵ me proporcionó otro ejemplo de tal regresión temporaria desde una transferencia especular a una fusional. El episodio que describiré es, en ciertos aspectos, análogo a la conducta de fin de semana del Sr. E., pero existe una diferencia fundamental. La regresión del Sr. E. tuvo lugar en los comienzos del análisis, antes de que se hubieran logrado cambios estructurales significativos, e incluyó una acción franca peligrosa. En el caso del Sr. I., el episodio se produjo *tardíamente* en un análisis, en general con éxito, de un trastorno narcisista de la personalidad, y, como derivado de las mejorías estructurales significativas que ya se habían obtenido mediante el trabajo analítico precedente, no hubo ninguna acción involucreada y la regresión se restringió a expresarse en la forma de un sueño.

El paciente I., empleado industrial de veinticinco años, había

traído diarios íntimos de su niñez a una sesión y se los había leído al analista. Este se interesó por el contenido de los mismos, pero —aun cuando no era consciente de ninguna reserva emocional de su parte— debe de haber respondido a la lectura de los diarios con poco entusiasmo, sintiendo quizá que el paciente había interpuesto entre él y el analista estos recuerdos escritos; o sea que la lectura constituyó un obstáculo para que el paciente expresara directa y libremente sus pensamientos y recuerdos. Sea como fuere, este, como puede deducirse de su reacción ulterior, se desilusionó por la reacción del analista. En la noche siguiente tuvo un sueño que comprendía dos partes: a) había ido a pescar y había atrapado un gran pez; lo llevó con todo orgullo a su padre, pero este, en lugar de admirar el regalo, lo criticó; b) vio a Cristo en la cruz desplomándose de repente; los músculos se le aflojaron, y murió.

Al revisar la sesión anterior al sueño a la luz del desarrollo trasferencial en su conjunto, se infirió la conclusión de que el paciente se había apartado temporariamente de una transferencia especular *in sensu strictiori* yendo hacia una fusión arcaica (vivenciada masoquistamente). Al parecer, el analista no apreció por completo el profundo significado afectivo que tenía para el paciente la lectura de sus diarios íntimos, lo cual no era en realidad una resistencia a la comunicación sino un verdadero regalo (es decir, analíticamente valioso). El paciente había llegado de hecho a una etapa en que podía participar el material anteriormente secreto de su infancia. Sintió que el analista (al igual que el padre narcisista en la infancia del paciente) había respondido en forma negativa a su progreso. (En ejemplos análogos, pude observar en los terapeutas una tendencia al retraimiento narcisista frente a un paciente que había dado un paso importante hacia su salud emocional sin la ayuda inmediata y directa del analista.) Así pues, el paciente que había esperado una aceptación que ratificara (transferencia especular en un nivel diferenciado y exento de finalidad) su logro psicológico se sintió desairado y se retrajo a una fantasía de fusión: Cristo muriendo se reunía con Dios Padre. («¡Padre, en Tus manos encomiendo mi espíritu»!, y habiendo dicho esto, expiró». Lucas, 23, 46.) La situación fue pronto subsanada, cuando el analista interpretó al paciente el significado de esta secuencia. El ejemplo clínico anterior concierne a una etapa tardía del análisis llevado a cabo con éxito de una personalidad narcisista

FOTOCOPIADORA

C. E. H. C. E.

31

S/F

Folle

D/F

sista. No hay duda alguna de que en tales ejemplos no se requiere sino una interpretación correcta, si bien con un grado real de calidez para que la transferencia vuelva a su nivel básico, apropiado. La cuestión de la intervención activa del terapeuta, sin embargo, es de gran importancia en el tratamiento de ciertos tipos concretos de personalidades narcisistas. Aichhorn [1936], al introducir su técnica activa para crear un vínculo afectivo terapéuticamente eficaz con el analista en la terapia de delincentes juveniles, fue quien dio los primeros pasos en la teoría y técnica en este campo. Anna Freud [1951] describió la técnica de Aichhorn de la siguiente manera: «El impostor, debido a la estructura narcisista peculiar de su personalidad, es incapaz de formar relaciones objetales; con todo, puede vincularse con el terapeuta a través de una descarga de libido narcisista. Pero su transferencia narcisista se establecerá solamente cuando el terapeuta sea capaz de presentar al impostor [...] una réplica magnífica de su propio yo e ideal del yo delictivos» [pág. 55].

Al sugerir que el analista se ofrezca a sí mismo en forma activa al paciente como un ideal del yo, Aichhorn no distinguió entre el ideal del yo y su precursor, la imago parental idealizada, ni tampoco asignó una posición separada y especial al self grandioso. Sin embargo, el breve resumen de Anna Freud sobre la técnica activa de Aichhorn en estos casos específicos es bastante compatible con las formulaciones teóricas propuestas respecto de las condiciones transferenciales que se establecen en el análisis de un amplio espectro de trastornos narcisistas de la personalidad, además de los casos de delincuencia juvenil. Cuando, por ejemplo, Anna Freud dice que el terapeuta presenta al impostor «una réplica magnífica de su propio yo e ideal del yo delictivos», esta afirmación se asemeja en parte a la distinción entre una transferencia basada en un self grandioso reactivado terapéuticamente (en forma específica, una relación gemelar o de álgter-ego con el terapeuta) y una transferencia basada en una imago parental idealizada reactivada.

La aplicación al trabajo de Aichhorn de las consideraciones anteriores relativas a la intervención terapéutica activa nos será provechosa para agudizar nuestra comprensión teórica de este problema técnico.

Prácticamente no hay dudas de que las técnicas activas de Aichhorn que fomentan el establecimiento de una transferencia narcisista son inevitables en el tratamiento de algunas

formas graves de delincuencia, en general, y de delincuencia juvenil, en particular; se trata de medidas de emergencia necesarias para crear un vínculo afectivo con el analista —es decir, una focalización de tipo transferencial del self grandioso y/o de la imago parental idealizada puesta en el analista—, que, inicialmente, preservará al paciente de abandonar la terapia. La evaluación del establecimiento activo de un vínculo transferencial en tales casos debe, pues, en principio, comenzar por indagar si la transferencia creada activamente se relaciona con un self grandioso (delincuente) o con la imago parental idealizada. La capacidad de un delincuente de ligarse con franca admiración al analista bien puede indicar que existían, en forma preconsciente, una imago parental idealizada y el deseo profundo de crear una transferencia idealizadora, pero que habían sido negados u ocultados. Algunos adolescentes (o adultos que prolongan cierto tipo de adolescencia durante toda su vida) a menudo expresarán su compromiso al parecer total con el self grandioso (de modo preconsciente, a causa del desconcierto acerca de la debilidad que parecen implicar para ellos las actitudes idealizadoras, o porque temen al ridículo al que podría exponerlos un sentimentalismo nada varonil). Pero, detrás de estos temores preconscientes de debilidad social, yace el temor inconsciente a un rechazo traumático de su actitud idealizadora por parte del objeto idealizado, o la anticipación de una desilusión traumática respecto del objeto idealizado —el pánico, en otras palabras, a frustraciones en la esfera narcisista, que llevaría a tensiones narcisistas intolerables y a la dolorosa experiencia de cohibición e hipocondría—.

Si bien el tratamiento psicoanalítico de síndromes de delincuencia juvenil cohesivos como los tratados por Aichhorn no entra en el terreno de mi experiencia clínica directa, es posible inferir ciertas conclusiones acerca de sus métodos para establecer una transferencia narcisista con dichos casos sobre la base de las descripciones clínicas del propio Aichhorn y de experiencias con trastornos similares. Yo sugeriría, entonces, que el éxito del procedimiento de Aichhorn se debe a las siguientes circunstancias. Suponemos que el delincuente está fijado básicamente en la imago parental idealizada y en la propensión transferencial patognomónica nuclear que corresponde a este conjunto; por ejemplo, la propensión a establecer una transferencia idealizadora. En torno a este anhelo básico de un objeto idealizado están, sin embargo, aquellos

estratos de la personalidad del paciente que no solamente niegan el anhelo de un objeto idealizado y de un superyó idealizado, sino que, por el contrario, le hacen proclamar en voz alta su desprecio por todos los valores e ideales. O, expresado con otras palabras, hay una hipercatexia defensiva del self grandioso (tal vez adquirido originariamente tras una desilusión dolorosa o tras la pérdida de un objeto idealizado). La ostentación de actividades omnipotentes desenfrenadas y el orgullo del delincuente por su habilidad de manipular sin piedad su ambiente sirven para afianzar sus defensas contra la toma de conciencia de un anhelo del objeto del self idealizado perdido, y contra el vacío y la falta de autoestima que sobrevendrían si terminaran de palabra y de hecho las continuas elaboraciones del self grandioso delictivo. Si el terapeuta se ofreciera a sí mismo a un delincuente semejante como una figura ideal del mundo de valores, no podría ser aceptado. La habilidad y comprensión especial que Aichhorn tenía de los delincuentes lo llevó a ofrecerse a sí mismo primero como una imagen especular del self grandioso del delincuente. Pudo, así, iniciar el desplazamiento encubierto de catexias idealizadoras hacia un objeto del self idealizado sin perturbar la protección necesaria del self grandioso creado defensivamente, y de sus actividades. Una vez establecido un vínculo, pues, y movilizadas las catexias idealizadoras, es posible realizar un proceso de elaboración y lograr un cambio gradual que parta de la omnipotencia e invulnerabilidad del self grandioso y llegue a un anhelo más profundo de omnipotencia e invulnerabilidad de un objeto idealizado (y la necesaria dependencia terapéutica de él). Los problemas específicos planteados por la movilización activa del self grandioso en el tratamiento psicoanalítico de los delincuentes narcisistas (en especial adolescentes) no es un punto central de este estudio. Aquí nos ocupamos del análisis de los trastornos narcisistas comunes de la personalidad en que las actividades delictivas, en el sentido usual, no dominan el cuadro clínico. En el tratamiento analítico de estos casos, sin embargo, no es deseable crear una situación en la cual la sumisión regresiva del analizando se emplee en forma activa para originar una idealización del terapeuta. La estimulación activa de la idealización del analista lleva a establecer un tenaz vínculo trasferencial (análogo a los vínculos que favorecen las religiones organizadas) creando un velo de identificación masiva y dificultando la modificación tera-

péutica gradual de las estructuras narcisistas existentes. Bien podemos considerar la importante advertencia de Freud de que existe «la tentación por parte del analista de hacer las veces de profeta, salvador o redentor del paciente», o sea, alentar al paciente a colocar al analista «en el lugar de su ideal del yo», procedimiento al cual «se oponen diametralmente las reglas del análisis» [1923, pág. 50, nota]. Empero, si bien es analíticamente desaconsejable crear una idealización del analista mediante artificios, debe recibirse con beneplácito la movilización terapéutica que se da espontáneamente de la imago parental idealizada o del self grandioso, y no debe ser interferida. En este punto pueden corresponder unas pocas indicaciones generales concernientes a la llamada pasividad del psicoanalista durante el tratamiento psicoanalítico, dado que la oposición de los psicoanalistas a adoptar un rol de liderazgo ante sus pacientes suele discutirse erróneamente como si se tratase de un dilema moral [cf., p. ej., Hammett, 1965, esp. pág. 32], que podría dirimirse colocando un sistema de valores (el carácter igualitario, la modestia, etc., del analista) frente a otro (que él tiene la obligación moral de asumir su insoslayable responsabilidad como guía y conductor del paciente, puesto que, en verdad, debe conocer las respuestas a algunos de los problemas vitales de este). La elección, sin embargo, ha de llevarse a cabo partiendo de nuestra comprensión de qué elementos constituyen los factores esenciales en el proceso de la cura psicoanalítica. Si el analista asume activamente el papel de «profeta, salvador y redentor», alienta de modo activo la solución del conflicto mediante la identificación grosera, pero constituye un obstáculo para que el paciente integre en forma gradual sus propias estructuras psicológicas y construya poco a poco otras nuevas. En términos metapsicológicos, la asunción activa de un rol de liderazgo por parte del terapeuta conduce a establecer una relación con un objeto arcaico (preestructural) catectizado narcisistamente (mantener la mejoría del paciente depende, de allí en adelante, de que se mantenga real o fantaseadamente esta relación objetal) o a identificaciones masivas que se suman a las estructuras psicológicas existentes. Por contraste, la terapia psicoanalítica permite que las trasferencias se desarrollen espontáneamente (incluyendo las relaciones con objetos arcaicos catectizados narcisistamente) y, vía el proceso de elaboración, las estructuras proyectadas

FOTOCOPIADORA
C. E. H. C. E.
3
Folio S/F
D/F

3

o de otro modo movilizadas se transforman y reinternalizan gradualmente (internalización trasmutadora). Así, en último análisis, la diferencia cualitativa entre la terapia inspiracional y el psicoanálisis puede ser entendida como diferencia cuantitativa: la primera opera a través del establecimiento activo de relaciones objetales e identificaciones masivas; el segundo, a través del establecimiento espontáneo de transferencias minuciosas y procesos de reinternalización (trasmutadora).

El enunciado precedente, si bien es correcto en principio, debe ser modificado para tomar en cuenta dos etapas en las cuales los procesos de internalización durante el análisis de las personalidades narcisistas son en verdad, transitoriamente, no «minuciosos» ni «trasmutadores», como dijimos antes, sino groseros, masivos e inasimilados. Para ser específico: los procesos de identificación grosera pueden observarse relativamente pronto en el tratamiento (como precursores o anunciadores de internalizaciones trasmutadoras, formadores de estructura, en pequeña escala), o pueden darse tarde, es decir, generalmente durante la primera parte de la fase terminal, bajo el impacto cuasitraumático de la tarea de renunciamiento último al objeto transferencial narcisista.

Las identificaciones groseras con el analista —su conducta, modo de hablar, actitudes, gustos— se observan, pues, frecuentemente en la primera parte del análisis de personalidades narcisistas. Constituyen un signo favorable, en particular, si no aparecen inmediatamente, sino después de un período dedicado al trabajo sistemático sobre las resistencias generales que luchan contra el establecimiento de la transferencia narcisista adecuada, y el analista debe aceptarlas con satisfacción como un primer paso hacia el logro de condiciones que permitirán que tengan lugar los procesos de elaboración formadores de estructura. Resulta especialmente instructivo estudiar este cambio en la pauta de identificación durante aquellos análisis en que la profesión del analizando facilita —y sirve para racionalizar!— que adopte la conducta profesional del analista tal como él la percibe.

Durante ciertos análisis didácticos de candidatos con organización narcisista de la personalidad, por ejemplo, o en los análisis terapéuticos de psiquiatras, se da a veces la siguiente secuencia específica. Al principio hay una fase en la que parece no existir prueba alguna de reactividad transferencial. Las interrupciones del tratamiento, por ejemplo, al parecer

no provocan una reacción notable en el analizando. A esta etapa le sigue un período en que el analizando responde a los trastornos de la transferencia narcisista —p. ej., una interrupción de las sesiones— mediante identificaciones groseras y no asimiladas con características singulares del analista. (V. gr., durante la ausencia del terapeuta, el analizando se siente impulsado a comprar una prenda determinada que —lo descubre después para su gran sorpresa— es idéntica a una que usa el analista.) Gradualmente, sin embargo, a medida que estos hechos se elaboran reiteradamente, cambia la índole de los procesos identificatorios: ya no son más groseros e indiscriminados, sino que se vuelven selectivos, centralizándose cada vez más en rasgos y cualidades ciertamente compatibles con la personalidad del analizando y que acrecientan aptitudes (hasta entonces latentes) del paciente mismo. Así pues, en el proceso identificatorio el paciente asimila ciertas cualidades y habilidades profesionales positivas, selectivamente compatibles, del analista; ellas ya no constituyen cuerpos identificatorios extraños (tales como las identificaciones que se dan con frecuencia con el agresor y que se forman respondiendo a las actividades del analista que el paciente vivencia como traumáticas), para ser descartadas después de haber servido a algún propósito de emergencia. Por último, el paciente, a la par que efectúa gradualmente un rechazo interno del analista (catectizado narcisistamente), puede descubrir con calma pero con profundo y genuino placer que ha adquirido núcleos sólidos de funcionamiento e iniciativa autónomos —en su vida cotidiana y en su modo de percibir y comprender a sus propios pacientes, incluyendo su modo individual específico de comunicarse con ellos—.

En la fase terminal (especialmente en la primera parte de ella) del análisis de trastornos narcisistas de la personalidad es posible hallar también algunas pruebas de nuevas tendencias a establecer identificaciones groseras. El analista debe considerar este fenómeno sin alarmarse indebidamente, y tomarlo como un aporte al acervo analítico, al igual que las identificaciones groseras antes descritas que se presentan en los comienzos del tratamiento.

El Sr. I., por ejemplo, describió gráficamente la reconcretización de los procesos de internalización trasmutadora (que antes eran —apropiadamente— procesos en pequeña escala), durante la fase terminal de su análisis, en sueños que tuvo

pocos meses antes del final previsto del tratamiento. Durante este período el analizando oscilaba, por una parte, entre preocupaciones hipocondríacas acerca de la estabilidad y el desarrollo suficiente de su propia dotación psicológica y, por otra parte, un estado de ánimo confiado, en que esperaba la separación final del analista sintiéndose alegre anticipadamente por su funcionamiento autónomo. Durante los períodos de preocupación dio pruebas de percibir en forma regresiva la necesidad de afianzar su estructura psicológica incrementando las internalizaciones en la forma de impulsos de incorporación orales y anales (resexualizados). Comía en exceso, y tenía sueños de tipo homosexual pasivo en los cuales el analista debía penetrarlo por el ano. Durante los procesos ulteriores tendientes a dominar la resurgencia de necesidades de internalización, mostró gráficamente el carácter obvio de su intento de último minuto por obtener todavía más del analista en los siguientes sueños, casi humorísticos (el paciente había realmente adquirido una pequeña cuota de humor durante el análisis —uno de los signos más confiables de éxito en estos casos—). En un sueño (al iniciar la fase de terminación), se comprueba mediante rayos X que el analista está instalado en los intestinos del paciente. En otro sueño, el paciente se traga un clarinete (el pene del analista; o más bien su voz, es decir, el instrumento influente y eficaz en la situación analítica), tras lo cual, sin embargo, el instrumento musical continúa produciendo sonidos desde el interior del paciente. (Compárese este sueño con las fantasías de masturbación del caso A. En este contexto véase, en particular, el capítulo 3, nota 28.)

FOTOCOPIADORA	
3	C. E. H. C. E.
Folio	S/F D/F

(4)