

12. ASPECTOS METAPSICOLÓGICOS Y CLÍNICOS DE LA REGRESIÓN DENTRO DEL MARCO PSICOANALÍTICO (1954)¹

El estudio del lugar de la regresión en el campo analítico es una de las tareas que Freud dejó sin realizar para que nosotros la emprendiésemos y creo que se trata de un tema para el cual esta Sociedad está preparada. Baso esta idea en que el material referente a este tema surge con frecuencia en los trabajos que se leen ante esta Sociedad. Por lo general, la atención no se dirige específicamente a este aspecto de nuestra labor, o dicho aspecto es citado de paso bajo el disfraz del aspecto de «arte» intuitivo que posee el psicoanálisis

El tema de la regresión me ha llamado poderosamente la atención a la vista de ciertos casos vividos durante los últimos doce años de mi labor clínica. Es, huelga decirlo, demasiado vasto para poder ser tratado ahora en toda su extensión. Así, pues, escogeré aquellos aspectos del tema que, a mi modo de ver, sean susceptibles de dar pie a una discusión fructífera.

El análisis no es solamente un ejercicio técnico. Es algo que somos capaces de realizar cuando hemos alcanzado una fase determinada en la adquisición de una técnica básica. Lo que somos capaces de hacer nos permite cooperar con el paciente en el seguimiento del *proceso*, que en cada paciente tiene su propio ritmo y su propio curso; todos los rasgos importantes de este proceso emanan del paciente y no de nosotros en tanto analistas.

¹ Escrito leído ante la Sociedad Psicoanalítica Británica, el 17 de marzo de 1954, *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. XXXVI, 1955.

Por consiguiente, convendrá que tengamos claramente presente la diferencia entre la técnica y la ejecución del tratamiento. Es posible llevar a cabo un tratamiento con una técnica limitada y, a la inversa, con una técnica altamente evolucionada es posible fracasar en la puesta en práctica del tratamiento.

Tengamos asimismo en cuenta que, mediante el método legítimo de escoger cuidadosamente los casos podemos, y así lo hacemos a menudo, evitar enfrentarnos con determinados aspectos de la naturaleza humana que por fuerza nos llevarían más allá de nuestro equipamiento técnico.

La elección de casos simplifica la clasificación. Para mis fines agruparé los casos de acuerdo con el equipamiento técnico que requieran del analista. Mi división de casos se hace en las tres categorías siguientes. *Primeramente*, aquellos pacientes que funcionan como personas completas y cuyas dificultades corresponden al reino de las relaciones interpersonales. La técnica para el tratamiento de estos pacientes es propia del psicoanálisis tal como éste se desarrolló en manos de Freud a principios del presente siglo.

En segundo lugar, tenemos a los pacientes cuya personalidad empieza justamente a ser completa; de hecho cabe decir que el análisis se refiere a los primeros acontecimientos que corresponden y siguen inherentemente no sólo a la consecución de la personalidad completa sino también a la unión del amor y el odio y al reconocimiento creciente de la dependencia. Este es el análisis de una fase de la inquietud, o de lo que es conocido bajo el término de «posición depresiva». Estos pacientes requieren el análisis del estado anímico. La técnica empleada para este fin no difiere de la que se emplea con los pacientes de la primera categoría; sin embargo, surgen algunos problemas nuevos relacionados con el aumento de la gama de material clínico tratada. Desde nuestro punto de vista, lo que tiene importancia aquí es la idea de la *supervivencia del analista* en calidad de factor dinámico.

En el *tercer* grupo coloco a todos aquellos pacientes cuyo análisis debe enfrentarse con las primeras fases del desarrollo emocional antes y hasta la instauración de la personalidad como entidad, antes de la consecución del estado de unidad espacio-tiempo. La estructura personal todavía no está firmemente asentada. Con respecto a este tercer grupo, el

énfasis recae en la dirección o control y a veces, durante largos períodos, hay que postergar la labor analítica corriente en beneficio del control.

Resumiendo en términos de medio ambiente, puede decirse que en el primer grupo nos enfrentamos con pacientes en los que se desarrollan dificultades en el transcurso de su vida hogareña, dando ésta por sentada en el período de prelatencia y dando también por sentado un desarrollo satisfactorio en las fases infantiles. En la segunda categoría, el análisis de la posición depresiva, nos enfrentamos con la relación madre-niño, especialmente cerca del momento en que el término «destete» empieza a cobrar significado. La madre sostiene una situación en el tiempo. En la tercera categoría entra el primitivo desarrollo emocional, en el cual la madre debe literalmente sostener al pequeño.

En la última de estas tres categorías cae una de las pacientes que quizá más me hayan enseñado acerca de la regresión. Puede que en otra ocasión les dé una relación completa de este tratamiento, pero de momento debo limitarme a señalar que he tenido la oportunidad de dar vía libre a una regresión y ver cuál era el resultado.

Una paciente de mediana edad había estado sometida a un buen análisis corriente antes de acudir a mí. Evidentemente necesitaba ayuda todavía. Al principio este caso se presentó como uno de los de la primera categoría de mi clasificación. Y aunque nunca hubiese hecho un psiquiatra un diagnóstico de psicosis, era necesario efectuar un diagnóstico analítico que tuviese en cuenta el desarrollo precoz de un *self* falso. Para que el tratamiento resultase eficaz, no obstante, debía producirse una regresión en busca del *self* verdadero. Por suerte, en este caso pude controlar yo mismo la totalidad de la regresión, es decir, sin ayuda de una institución. Decidí al principio que había que dejar que la regresión siguiera su curso y, a excepción del primer momento, no se hizo ningún intento de interferir la marcha del proceso regresivo. (La única excepción fue la de una interpretación que hice, basándome en el material presentado, de erotismo oral y sadismo en la transferencia. Resultó correcta, pero unos seis años antes del momento oportuno, puesto que yo todavía no creía plenamente en la regresión. Por mi propio interés tuve que poner a prueba el efecto de una interpretación ordinaria. Cuando llegó la ocasión apropiada para tal interpretación, la misma ya era innecesaria.) Pasaron tres o cuatro años antes de que se alcanzase la profundidad de la regresión; a continuación se inició el progreso del desarrollo emocional.

No ha habido otra regresión. Ha habido ausencia de caos, aunque la amenaza del mismo jamás dejó de estar presente.

Por consiguiente, he tenido una experiencia incomparable incluso para un analista. No puedo evitar ser diferente de lo que era antes de empezar el análisis en cuestión. Los que no son analistas no sabrán cuánto puede enseñarnos esta clase de experiencia de *un* paciente, pero entre los analistas espero que sé comprenda perfectamente cómo esta única experiencia ha puesto a prueba el psicoanálisis de una manera especial, todo lo que de ella he aprendido.

El tratamiento y dirección de este caso ha exigido la participación de cuanto poseo en mi calidad de ser humano, de analista y de pediatra. He tenido que efectuar un crecimiento personal en el curso de este tratamiento, crecimiento que resultó penoso y que gustosamente hubiera esquivado. En especial, he tenido que aprender a examinar mi propia técnica siempre que surgían dificultades y siempre, en la docena aproximada de fases de resistencia, ha resultado que la causa estaba en un fenómeno de contratransferencia que hacía necesario un mayor análisis en el analista. No es mi finalidad en el presente trabajo dar una descripción de este caso, ya que es necesario elegir entre mostrarse clínico o teórico en el enfoque y yo he optado por lo segundo. No obstante, lo tengo siempre presente.²

Lo principal es que en este caso, al igual que en muchos otros, he tenido necesidad de reexaminar mi técnica, incluso la adaptada a los casos más corrientes. Antes de explicar lo que quiero decir debo explicar qué sentido doy a la palabra «regresión».

Para mí, la palabra «regresión» significa simplemente lo contrario de progreso. Progreso es la evolución del individuo, del psiquesoma, de la personalidad y de la mente con (a la larga) la formación del carácter y la socialización. El progreso empieza en una fecha sin duda anterior al nacimiento. Detrás del progreso hay un impulso biológico. Uno de los dogmas del psicoanálisis es que la salud implica continuidad con respecto a este progreso evolucionista de la psique y que la salud es la madurez del desarrollo emocional apropiado a la edad del individuo, madurez, o sea, en relación con este progreso evolucionista.

Un examen más atento nos permite descubrir inmediatamente que *no puede haber una sencilla inversión del progreso*. Para que se produzca la inversión de este progreso en el individuo tiene que haber una organización que permita la regresión.

Vemos:

Un fracaso en la adaptación por parte del medio, que produce el desarrollo de un *self* falso.

Una creencia en la posibilidad de una corrección del fracaso originario representada por la capacidad latente para la regresión, que entraña una compleja organización del yo.

Un medio ambiente especializado seguido por la regresión real.

Un nuevo desarrollo emocional hacia adelante, con complicaciones que describiré luego.

Por cierto, pienso que no es útil emplear la palabra «regresión» siempre que se presente un comportamiento infantil. La palabra «regresión» ha adquirido un sentido popular que no tenemos por qué adoptar. Cuando en psicoanálisis hablamos de regresión damos a entender la existencia de una organización del yo y de una amenaza de caos. Hay mucho que estudiar aquí en lo que hace a la forma en que el individuo va acumulando recuerdos, ideas y potencialidades. Es como si hubiese la esperanza de que surjan condiciones favorables que justifiquen la regresión y ofrezcan una nueva oportunidad para el desarrollo hacia adelante, el que ha sido imposibilitado por la dificultad inicial debida al fracaso del medio ambiente.

Como verán, estoy considerando la idea de la regresión dentro de un mecanismo muy organizado de defensa del yo, mecanismo que implica la existencia de un *self* falso. En la paciente a la que antes me he referido, este falso *self* se convirtió gradualmente en un «*self* custodio» que sólo al cabo de unos años pudo ser entregado al analista, rindiéndose el *self* al yo. En la teoría del desarrollo del ser humano hay que incluir la idea de que es normal y sano que el individuo pueda defender el *self* contra un fracaso específico del medio ambiente mediante la *congelación de la situación de fracaso*. Junto a esto va la suposición inconsciente (susceptible de convertirse en una esperanza consciente) de que más adelante habrá oportunidad para una experiencia renovada en la cual la situación de fracaso pueda ser descongelada y reexperimentada, con el individuo en estado de regresión, dentro de un medio que esté realizando una

adaptación adecuada. Afirmo, pues, la teoría de que la regresión es parte de un proceso curativo, de hecho, un fenómeno normal que puede ser estudiado adecuadamente en la persona sana. En la persona muy enferma hay poca esperanza de que se produzca una nueva oportunidad. En el caso extremo el terapeuta necesitaría acercarse al paciente y presentarle activamente una buena maternalización, experiencia que el paciente no hubiese podido esperar.

Son varias las formas en que el individuo sano se enfrenta con los fracasos específicos del medio ambiente precoz; pero hay una de ellas a la que aquí denomino «la congelación de la situación de fracaso». Tiene que haber una relación entre esto y el concepto del punto de fijación.

En la teoría psicoanalítica, a menudo afirmamos que en el curso del desarrollo instintivo de las fases pregenitales las *situaciones desfavorables* pueden crear puntos de fijación en el desarrollo emocional del individuo. En una fase posterior, por ejemplo, la fase de dominio genital, es decir, cuando toda la persona se halla involucrada en relaciones interpersonales (y cuando es normalmente freudiano hablar del complejo de Edipo y de los temores de castración), la angustia puede conducir a una regresión en términos de cualidad instintiva hasta la regresión actuante en el punto de fijación, cuya consecuencia es el refuerzo de la situación originaria de fracaso. Esta teoría ha demostrado su valor y se utiliza diariamente, y no hay necesidad de abandonarla al mismo tiempo que la examinamos de nuevo.

Un ejemplo sencillo sería el de un chico de infancia normal, a quien en el momento de extirparle las amígdalas le administraron un enema, primero su madre, y luego un grupo de enfermeras que tuvieron que sujetarle en la cama. Tenía entonces dos años. Después de aquello tuvo dificultades intestinales, pero a los nueve años (edad que tenía al venir a la consulta) clínicamente se presenta como un caso grave de constipación. Mientras tanto se ha producido una seria interferencia en su desarrollo emocional en términos de fantasía genital. En este caso ocurre que se da la complicación de que a la administración del enema el chico ha reaccionado como si hubiese sido un acto de venganza por parte de la madre motivado por la homosexualidad del chico, y lo que entró en la represión fue la homosexualidad y junto a ella el potencial erótico anal. En el análisis de este chico uno sabe que habría que afrontar un *acting out*, una repetición compulsiva asociada con el trauma originario. Uno sabe

también que los cambios ocurridos en este chico no seguirían una simple representación del trauma sino que seguirían la interpretación, en la neurosis de transferencia, de un complejo de Edipo normal.

Les presenté este caso en calidad de caso corriente que ilustra un síntoma en el que hay una regresión a un punto de fijación donde el trauma se halla claramente presente.

Los analistas han considerado necesario postular que lo más normal es que existan situaciones pregenitales *buenas* a las que el individuo puede regresar cuando se halle en dificultades en una fase posterior. Se trata de un fenómeno de la salud. De esta manera ha nacido la idea de que hay dos clases de regresión con respecto al desarrollo instintivo, una que consiste en regresar a una situación precoz de fracaso y otra a una situación precoz de éxito.

Creo que no se ha prestado suficiente atención a la diferencia existente entre estos dos fenómenos. En el caso de la situación de fracaso ambiental lo que vemos es prueba de unas *defensas personales* organizadas por el individuo y que requieren análisis. En el caso más normal de la situación precoz de éxito lo que vemos es más evidentemente el recuerdo de la *dependencia* y por consiguiente nos encontramos con una *situación ambiental* más que con una organización personal de defensa. La organización personal no es tan obvia debido a que ha permanecido fluida, y menos defensiva. Al llegar aquí debería mencionar que me estoy apoyando en una suposición que he hecho a menudo y que en modo alguno es siempre aceptada: que hacia el principio teórico el fracaso personal es menor y que a la larga es sólo un fracaso de la adaptación ambiental.

Nos ocupamos, por consiguiente, no sólo de la regresión a unos puntos de fijación buenos y malos en las experiencias instintivas del individuo, sino también de la regresión a unos puntos buenos y malos en la adaptación ambiental a las necesidades del yo y del ello en la historia del individuo.

Podernos pensar en términos de fases genitales y pregenitales del desarrollo de la cualidad *instintiva*, podemos utilizar la palabra «regresión» simplemente como antítesis de progreso, un viaje de retorno de lo genital a lo fálico, de lo fálico a lo excretorio, de lo excretorio a lo ingestivo. Pero, por mucho que desarrollemos nuestros pensamientos en

esta dirección, tenemos que admitir que hay una gran parte de material clínico que no encaja en el marco de esta teoría.

La alternativa consiste en poner el énfasis en el desarrollo del yo y en la dependencia, y en este caso cuando hablamos de regresión debemos hablar inmediatamente de la adaptación ambiental en sus éxitos y en sus fracasos. Uno de los puntos que quiero dejar especialmente aclarado es el de que nuestro pensamiento sobre este tema se ha visto confundido por el intento de remontar las huellas del yo sin considerar la evolución personal a medida que aumenta nuestro interés por el medio.

Podemos edificar teorías sobre el desarrollo *instintivo* y dejar de lado el medio, pero no es posible hacer esto con respecto a la formulación de un yo *precoz*. Debemos recordar siempre que el resultado final de nuestro pensamiento sobre el desarrollo del yo consiste en un narcisismo primario. En el narcisismo primario el medio sostiene al individuo y éste, *al mismo tiempo*, no conoce ningún medio y está fundido con él.

Si tuviera tiempo, señalaría la forma en que a veces una regresión organizada se confunde con el replegamiento patológico y con escisiones defensivas de diversa índole. Estos estados se relacionan con la regresión en el sentido de que son organizaciones defensivas. La organización que hace que la regresión sea útil tiene una cualidad distinta de las demás organizaciones de defensa, por cuanto lleva consigo la esperanza de una nueva oportunidad de descongelar la situación congelada, así como una oportunidad para que el medio ambiente, o sea, el medio ambiente actual, realice una adaptación adecuada aunque tardía.

De esto emana el hecho, si hecho es, de que es partiendo de la psicosis de donde el paciente puede efectuar una recuperación espontánea, mientras que la psiconeurosis no hace ninguna recuperación espontánea y el psicoanalista es verdaderamente necesario. Dicho de otra manera, la psicosis se halla estrechamente relacionada con la salud, en la cual están congeladas innumerables situaciones de fracaso ambiental que, sin embargo, son alcanzadas y descongeladas por los diversos fenómenos curativos de la vida corriente, a saber, amistades, cuidados durante la enfermedad física, la poesía, etc.

A mí me parece que fue más tarde cuando en la literatura psicoanalítica la *regresión a la dependencia* pasó a ocupar su lugar apropiado en la descripción clínica. La razón de esto tiene que consistir en que sólo recientemente nos sentimos lo bastante fuertes en nuestra

comprensión del psiquesoma individual y del desarrollo mental, como para poder permitirnos examinar y tener en cuenta el papel que desempeña el medio.

Seguidamente quisiera remitirme directamente a Freud y establecer una distinción algo artificial entre dos aspectos de su obra. Vemos a Freud desarrollando el método psicoanalítico a partir de la situación clínica en la cual resultaba lógico utilizar la hipnosis.

Veamos lo que hizo Freud al escoger sus casos. Podemos decir que de entre todos los casos psiquiátricos, incluyendo a los locos que están en asilos y a los que están fuera, Freud escogió

aquellos casos que habían sido *adecuadamente cuidados en la primera infancia*: los psiconeuróticos. Tal vez no sea posible confirmar esta afirmación a través de un examen detenido de los primeros casos con los que trabajó Freud, pero de una cosa podemos estar seguros, y de una cosa muy importante: que la propia historia infantil de Freud fue de tal naturaleza que alcanzó el período edípico o de prelatencia como ser humano completo, dispuesto a entablar relación con otros seres humanos completos y dispuesto a tratar las relaciones interpersonales. Sus propias experiencias infantiles habían sido lo bastante buenas, de manera que en su autoanálisis pudo dar por sentada la maternalización del pequeño.

Freud da por sentada la situación de maternalización precoz y mi argumento es que *apareció en la provisión de un marco para su labor*, casi sin que él se diese cuenta de lo que estaba haciendo. Freud pudo analizarse a sí mismo en calidad de persona completa e independiente y se interesó por las angustias propias de las relaciones interpersonales. Más adelante, por supuesto, examinó la infancia de un modo teórico y postuló las fases pregenitales del desarrollo de los instintos; él y otros establecieron los detalles y se remontaron más y más en la historia del individuo. Este trabajo sobre las fases pregenitales no pudo alcanzar sus frutos plenamente debido a que no estaba basado en el estudio de pacientes que necesitaban efectuar la regresión en la situación analítica.³

³ Se observará, que no digo que este trabajo teórico sobre el instinto pregenital no pueda tener éxito debido a que Freud careció de contacto directo con niños; no veo ninguna razón por la cual Freud no debiera haber tenido experiencia, y muy buena, en la observación directa de la situación madre-pequeño dentro de su propia familia y su trabajo. Es más, recuerdo que Freud trabajó en una clínica de niños y que observó detalladamente a los mismos cuando estudiaba la enfermedad de Little. Le que quiero demostrar aquí es que *por suerte* para nosotros, al principio

Deseo ahora dejar bien claro cómo divido, artificialmente, la obra de Freud en dos partes. Primero, está la técnica del psicoanálisis tal como ha ido desarrollándose paulatinamente y tal como la aprenden los estudiantes. El material presentado por el paciente debe ser *entendido e interpretado*. Y, en segundo lugar, está el *marco* dentro del cual este trabajo se lleva a cabo. Examinemos seguidamente el marco clínico de Freud, para lo cual enumeraré algunos de los puntos más obvios de su descripción.

1. A una hora prefijada diariamente, cinco o seis veces a la semana, Freud se colocaba al servicio del paciente. (La hora era fijada a mayor conveniencia del analista y del paciente.)
2. El analista se hallaba allí, puntualmente, vivo, respirando.
3. Durante el breve período de tiempo fijado (cerca de una hora) el analista se mantenía despierto y se preocupaba por el paciente.
4. El analista expresaba amor por medio del interés positivo que se tomaba por el caso, y expresaba odio por su mantenimiento estricto de la hora de comenzar y la de acabar, así como en el asunto de los honorarios. El odio y el amor eran expresados honradamente, es decir, no eran negados por el analista.
5. El objetivo del análisis era el establecer contacto con el proceso del paciente, comprender el material presentado, comunicar tal comprensión por medio de las palabras. La resistencia entrañaba sufrimiento y podía ser suavizada por medio de la interpretación.
6. El método del analista era la observación objetiva.

Freud se interesó no por la necesidad que el paciente sentía de efectuar una regresión durante el análisis, sino por lo que acontece en la situación analítica cuando la regresión *no* es necesaria y cuando es posible dar por sentada la labor hecha por la madre y por la adaptación ambiental anterior dentro del pasado del paciente individual.

7. Esta labor se realizaba en una habitación, no en un pasillo, sino en una habitación que estuviese tranquila y en la que no hubiese riesgos de ruidos súbitos, pero no en una habitación tranquila como un sepulcro y a la que no llegasen los ruidos normales de la casa. La habitación estaría iluminada apropiadamente, pero sin que la luz diese directamente en el rostro y sin que fuese una luz variable. La habitación no tenía que estar a oscuras y estaría confortablemente caldeada. El paciente se tumbaba en un diván, es decir, estaba cómodo, si podía estarlo, y probablemente una manta y un poco de agua estarían a su alcance.

8. El analista (como es bien sabido) se abstiene de juzgar moralmente la relación, no se entromete con detalles de su vida e ideas personales y no toma partido en los sistemas persecutorios incluso cuando los mismos aparecen en forma de verdaderas situaciones compartidas, locales, políticas, etc. Naturalmente que si hay guerra, se produce un terremoto o muere el rey, el analista se entera.

9. En la situación analítica el analista es mucho más digno de confianza que el resto de la gente en la vida normal; en general es puntual, está libre de arrebatos temperamentales, de enamoramientos compulsivos, etcétera.

10. Hay en el análisis una distinción muy clara entre la realidad y la fantasía, de manera que el analista no recibe ningún daño a causa de algún sueño agresivo.

11. Es posible contar con la ausencia de una reacción del talión.

12. El analista sobrevive.

Cabría decir mucho más, pero todo se resume en el hecho de que el analista *se comporta como es debido*, sin que ello le cueste demasiado por el sencillo hecho de que es una persona relativamente madura. Si Freud no se hubiese comportado correctamente, no hubiera podido desarrollar la técnica psicoanalítica ni la teoría a la que dicha técnica le condujo, por muy inteligente que fuese. Lo principal estriba en que casi cualquier detalle puede resultar de extrema importancia en una fase específica del análisis en el que haya cierta regresión por parte del paciente.

Esto nos ofrece gran riqueza de material para el estudio y se observará una semejanza muy acentuada entre todas estas cosas y la tarea común de los padres, especialmente la de la madre con el pequeño o la del padre haciendo de madre, y en algunos aspectos con la tarea de la madre en un principio.

Permítanme añadir que para Freud hay tres personas, una de las cuales se halla excluida de la habitación analítica. Si sólo intervienen dos personas, entonces es que ha habido una regresión del paciente en el marco analítico, y el marco representa la madre con su técnica y el paciente es un niño pequeño. Hay un estado ulterior de regresión en el cual sólo una está presente: el paciente; eso resulta cierto incluso si en otro sentido, desde el punto de vista del observador, hay dos personas. Hasta este punto mi tesis puede plantearse del modo siguiente:

La enfermedad psicótica está relacionada con el fracaso ambiental en una fase precoz del desarrollo emocional del individuo. El sentimiento de futilidad y de irrealidad es propio del desarrollo de un *self* falso que se desarrolla como protección del *self* verdadero.

El marco del análisis reproduce las técnicas de maternalización más tempranas. Invita a la regresión por su confiabilidad.

La regresión de un paciente es un retorno organizado a una dependencia precoz o doble dependencia. El paciente y el marco se funden en la situación originaria de éxito del narcisismo primario.

La marcha partiendo del narcisismo primario vuelve a iniciarse con el *self* verdadero capacitado para afrontar situaciones de fracaso ambiental sin organización de las/defensas que implican un falso *self* que protege a un *self* verdadero.

Hasta este punto la enfermedad psicótica solamente puede ser aliviada por una provisión ambiental especializada e interrelacionada con la regresión del paciente.

El progreso a partir de la nueva posición, con el verdadero *self* rendido ante el yo total, puede entonces estudiarse en términos de los procesos complejos del crecimiento individual.

En la práctica se registra la siguiente secuencia de acontecimientos:

1. La provisión de un marco que inspira confianza.
2. La regresión del paciente al estado de dependencia, con la debida sensación de riesgo que ello comporta.
3. El paciente siente un nuevo sentido del *self*, y el *self* hasta ahora oculto se rinde ante el yo total. Una nueva progresión de los procesos individuales que se habían detenido.
4. Una descongelación de la situación de fracaso ambiental.
5. Partiendo de la nueva posición de fuerza del yo, la ira relacionada con el fracaso ambiental precoz, sentido en el presente y expresado.
6. Retomo de la regresión a la dependencia siguiendo un progreso ordenado hacia la independencia.
7. Las necesidades y deseos instintivos se hacen realizables con auténtica vitalidad y vigor.

Todo esto se repite una y otra vez.

Ahora es necesario hacer un comentario sobre el diagnóstico de la psicosis.

Al estudiar un grupo de locos, hay que distinguir entre aquellos cuyas defensas se hallan en un estado caótico y aquellos que han sido capaces de organizar una enfermedad. Seguramente, en caso de aplicar el psicoanálisis a la psicosis, dicho tratamiento tendrá mayores probabilidades cuando se trate de una enfermedad muy organizada. El horror personal que me producen la leucotomía y la E.C.T. deriva de mi visión de la enfermedad psicótica como organización defensiva creada para proteger el *self* verdadero; y también de mi sensación de que la salud aparente con un falso *self* no tiene ningún valor para el paciente. La enfermedad, con el *self* verdadero oculto, por muy dolorosa que sea, es el único estado satisfactorio, a menos que podamos retroceder como terapeutas con el paciente y desplazar la situación originaria de fracaso ambiental.

Con toda naturalidad se nos presenta otra consideración. En un grupo de pacientes psicóticos habrá unos que clínicamente se hallen en estado de regresión y otros que no. En modo alguno es cierto que los primeros estén más enfermos. Desde el punto de vista del psicoanalista puede resultar más fácil encargarse del caso de un paciente que se halle

en crisis que del de un paciente en parecido estado, pero que se halle en fuga hacia la cordura.

Hace falta mucho valor para entrar en crisis, pero puede que la alternativa consista en una *huida a la cordura*, condición que es comparable a la de defensa maníaca contra la depresión. Afortunadamente, en la mayoría de casos las crisis se producen dentro de la sesión analítica o se ven limitadas y localizadas de manera que el ambiente social del paciente puede absorberlas o hacerles frente.

Con el objeto de dejar la cuestión bien clara haré unas cuantas comparaciones.

El diván y los cojines están ahí para que el paciente los utilice. Aparecerán en ideas y sueños y representarán el cuerpo del analista, pecho, brazos, manos, etc., en una variedad infinita de formas. En la medida en que el paciente esté en regresión (sea momentáneamente, durante una hora, o durante un largo período de tiempo) el diván *es* el analista, los cojines *son* pechos, el analista *es* la madre en un determinado momento del pasado. En el extremo ya no resulta acertado decir que el diván representa al analista.

Resulta apropiado hablar de los *deseos* del paciente, el deseo (por ejemplo) de estar quieto y callado. Con el paciente en estado de regresión la palabra «deseo» es incorrecta; en su lugar utilizamos la palabra *necesidad*. Si un paciente en estado de regresión *necesita* tranquilidad, entonces, sin ella, no puede hacerse nada en absoluto. Si la necesidad no es satisfecha el resultado no es ira, sino tan sólo una reproducción de la situación de fracaso ambiental que detuvo el proceso de crecimiento del *self*. La capacidad del individuo para «desear» ha sido objeto de interferencias y presenciamos la reaparición de la causa originaria del sentimiento de futilidad.

El paciente en estado de regresión se halla próximo a revivir las situaciones de sueño y recuerdo; un *acting out* del sueño puede ser la forma en que el paciente descubra lo que es urgente, y el hablar de lo que se ha representado (*acted out*) sigue al acto pero no puede precederlo.

O examinemos el detalle de la puntualidad. El analista no es una persona que haga esperar a los pacientes. Los pacientes sueñan con que se les hace esperar y con todas las demás variaciones del tema, y son susceptibles de enfadarse cuando el analista se retrasa. Todo esto forma parte de la forma en que se presenta el n^o material. Pero los pacientes que

efectúan una regresión son distintos en lo que se refiere al momento inicial. Hay fases en las que todo depende de la puntualidad del analista. Si el analista ya está esperándolos, todo marcha bien; de lo contrario, lo mejor sería que el paciente y el analista se marchasen a sus respectivas casas, ya que no es posible hacer ninguna labor. O bien, si consideramos la falta de puntualidad del propio paciente, un paciente neurótico que se retrase puede quizás hallarse en un estado de transferencia negativa. Un paciente depresivo es más probable que al retrasarse esté dándole un pequeño respiro al analista, un poco más de tiempo para otras actividades e intereses (protección de la agresión, gula).

Los paciente psicóticos (regresivos) probablemente llegan tarde porque todavía no hay instaurada ninguna esperanza de que el analista sea puntual. Resulta fútil ser puntual. Es tanto lo que depende de este detalle que resulta imposible correr el riesgo, de manera que el paciente llega tarde; por consiguiente, no se hace trabajo alguno.

Igualmente, a los pacientes neuróticos les gusta que la tercera persona esté siempre *excluida* y el odio que les nace al ver a otros pacientes es susceptible de trastornar la labor analítica de muchas maneras imprevisibles. Los pacientes depresivos puede que se alegren de ver a otros pacientes hasta que alcanzan el amor primitivo o codicioso que engendra su culpabilidad. Los pacientes regresivos, o bien no tienen ningún inconveniente en que haya otros pacientes o, de lo contrario, les resulta inconcebible que haya otro paciente. El otro paciente no es nada menos que una nueva versión del *self*.

Un paciente se acurruca en el diván, descansa la cabeza sobre la mano y parece estar cómodo y contento. La manta está por encima de la cabeza. El paciente está solo. Por supuesto que estamos acostumbrados a todo tipo de replegamiento airado, pero el analista debe ser capaz de reconocer este replegamiento *regresivo* en el que no se le insulta, pero se le utiliza de una forma muy primitiva y positiva.

Otro detalle es que la regresión a la dependencia forma parte esencial del análisis de los fenómenos de la primera infancia, y si el paciente moja el diván, se ensucia o babea, sabemos que ello es propio de la situación y que no se trata de una complicación. La interpretación está de más, y de hecho las palabras o incluso los movimientos pueden echar a perder el proceso y resultar excesivamente dolorosos para el paciente.

Un elemento importante de esta teoría es el postulado del yo observador. Dos pacientes que se asemejan mucho en su aspecto clínico inmediato pueden ser muy diferentes en lo que respecta al grado de organización del yo observador. En un extremo, el yo observador casi es capaz de identificarse con el analista y puede producirse una recuperación de la regresión al final de la sesión analítica. En el otro extremo hay muy poco yo observador y el paciente es incapaz de recobrar de la regresión en la sesión analítica, y debe ser cuidado.

La representación o *acting out* debe ser tolerada en esta clase de labor y, cuando se produce en la sesión analítica, el analista tendrá por necesidad que desempeñar un papel aun que generalmente sólo en forma simbólica. No hay nada que resulte más sorprendente, tanto para el paciente como para el analista, que las revelaciones que se producen en estos momentos de *acting out*, que, en el análisis, es sólo el principio y debe ir siempre seguido por la expresión verbal de este nuevo fragmento de comprensión. Aquí se da la secuencia siguiente:

1. Un juicio acerca de lo que sucedió durante el *acting out*.
2. Un juicio acerca de lo que se necesitaba del analista. De esto puede deducirse:
3. Lo que salió mal en la situación de fracaso ambiental originaria. Esto produce cierto alivio, pero es seguido por:
4. La ira perteneciente a la situación de fracaso ambiental originaria. Esta ira tal vez se experimenta por primera vez, y puede que el analista deba tomar parte dejándose utilizar con respecto a este fracaso más que con respecto a sus éxitos. Esto resulta desconcertante si no se entiende bien. Los progresos se han realizado por medio del cuidadoso intento de adaptación llevado a cabo por el analista, y sin embargo lo que se destaca como importante en este momento es el *fracaso* debido a que es una reproducción del fracaso o trauma originario. En los casos favorables, por último, sucede lo siguiente:
5. Un nuevo sentimiento del *self* en el paciente así como un sentimiento del progreso que significa verdadero crecimiento. Esto último es lo que tiene que constituir la recompensa del analista, quien lo advierte por su identificación con el paciente. No siempre llegará una fase ulterior en que este último esté en con

diciones de comprender la tensión que el analista ha soportado y sea capaz de agradecerse sinceramente.

Esta tensión del analista es considerable, especialmente si el cuadro se ve complicado por la falta de comprensión unida a una contratransferencia negativa e inconsciente. Por otra parte, puede decir que en esta clase de tratamiento no me he sentido perplejo, lo cual, en cierto modo, es una compensación. La tensión puede ser muy simple.

En una sesión de importancia vital, al principio de uno de estos tratamientos, permanecí —y sabía que así debía hacerlo— completamente inmóvil, sólo respirando. Ello me resultaba verdaderamente difícil, especialmente en vista de que todavía no estaba al corriente de la especial importancia que el silencio revestía para mi paciente. Finalmente, el paciente salió de su estado de regresión y dijo: «Ahora sé que es usted capaz de analizarme».

A veces se objeta que todo el mundo quiere, por supuesto, hacer una regresión; que la regresión es una especie de *picnic*; que debemos impedir que nuestros pacientes efectúen la regresión; o bien, que a Winnicott le gusta que sus pacientes realicen la regresión, les invita a ella.

Permítanme hacer algunas observaciones básicas sobre el tema de la regresión organizada a la dependencia.

Ésta es siempre extremadamente penosa para el paciente:

1. en un extremo se halla el paciente razonablemente normal; aquí el dolor es experimentado casi constantemente;
2. a medio camino nos encontramos con todos los grados de reconocimiento penoso de la precariedad de la dependencia y de la doble dependencia;
3. en el otro extremo se halla el caso propio del hospital psiquiátrico; aquí es de suponer que el paciente no sufre a causa de la dependencia. El sufrimiento es resultado del sentimiento de futilidad, irrealidad, etc.

Es innegable que, de forma localizada, de la experiencia de la regresión se obtenga una satisfacción extrema. No se trata de una satisfacción sensual, sino que se origina en que la regresión alcanza y aporta un punto de partida, lo que yo llamaría un *lugar* desde el cual actuar. Se alcanza el *self*. El sujeto establece contacto con los procesos básicos del *self* que constituyen el

verdadero desarrollo, y lo que a partir de aquí sucede es percibido como real. La satisfacción correspondiente a esto es mucho más importante que cualquier elemento sensual en la experiencia regresiva, tanto que basta con mencionar esta última. No hay ningún motivo por el cual el analista deba *querer* que el paciente haga una regresión, excepto motivos patológicos. Si a un analista le gusta que sus pacientes efectúen una regresión, el hecho acabará forzosamente por interferir en el control de la situación regresiva. Es más, el psicoanálisis que involucre una regresión clínica es mucho más difícil desde el principio que el psicoanálisis en el cual no hay que hacer ninguna provisión especial de ambiente adaptable. Dicho de otro modo, sería agradable poder aceptar en análisis solamente aquellos pacientes cuyas madres, al comienzo y durante los primeros meses, hubiesen sido capaces de aportar condiciones suficientemente buenas. Pero esta era del psicoanálisis se está acercando irremisiblemente a su fin.

Pero surge ante nosotros la siguiente pregunta: ¿qué hacen los analistas cuando aparece la regresión (siquiera mínima)?

Algunos, crudamente, dicen: ¡Siéntese! ¡Súbase los calcetines! ¡Despierte! ¡Hable! Pero esto no es psicoanálisis.

Otros dividen su trabajo en dos partes, aunque por desgracia no siempre reconocen plenamente lo siguiente:

- a) son estrictamente analíticos (asociaciones libres de palabras; interpretación con palabras; ninguna tranquilización);

y también

- b) actúan intuitivamente.

Aquí surge la idea del psicoanálisis como *arte*.

Algunos dicen: imposible de analizar, y arrojan la toalla. Algún hospital psiquiátrico se hace cargo del caso.

La idea del psicoanálisis como arte debe ceder gradualmente ante el estudio de la adaptación ambiental relativa a las regresiones de los pacientes. Pero mientras se siga sin desarrollar el estudio científico de la adaptación ambiental supongo que los analistas debemos continuar siendo artistas en nuestro trabajo. El analista puede ser un buen artista, pero a menudo me he hecho la siguiente pregunta: ¿a qué paciente le interesa ser el poema o el cuadro de otra persona?

Sé por experiencia que algunos dirán que todo esto lleva a una teoría del desarrollo que hace caso omiso de las primeras fases del desarrollo del individuo, que adscribe el desarrollo precoz a factores ambientales. Esto es completamente falso.

En el desarrollo precoz del ser humano, el medio ambiente que se comporta bien (es decir, que realiza una adaptación activa suficiente) *da lugar al crecimiento personal*. Entonces los procesos del *self* pueden seguir activos, en una línea ininterrumpida de crecimiento vivo. Si el medio ambiente no se comporta lo bastante bien, el individuo se encuentra metido en unas reacciones ante los ataques, viéndose interrumpidos los procesos del *self*. Si este estado de cosas alcanza un límite cuantitativo, el núcleo del *self* empieza a ser protegido; hay un retraso, el *self* es incapaz de seguir progresando a menos y en tanto que el fracaso ambiental sea corregido en la forma que he descrito. Con el *self* verdadero protegido, se desarrolla un falso *self* edificado sobre la base de una defensa-sumisión, la aceptación de la reacción ante los ataques. El desarrollo de un falso *self* constituye una de las *más afortunadas organizaciones de defensa* creadas para la protección del núcleo del verdadero *self*, y su existencia da por resultado el sentimiento de futilidad. Me gustaría repetirme y decir que mientras el centro de operaciones del individuo se halla en el *self* falso, existe un sentimiento de futilidad, y en la práctica nos encontramos con el cambio al sentimiento de que la vida vale la pena en el momento! en que el centro de operaciones pasa del *self* falso al *self* verdadero, incluso antes de que el núcleo del *self* se rinda del todo ante el yo total.

Partiendo de aquí cabe formular un principio fundamental de la existencia: aquello que procede del verdadero *self* se siente como real (más adelante como bueno) sea cual fuere su naturaleza, por muy agresivo que sea; aquello que sucede en el individuo como reacción a los ataques ambientales se siente como irreal, fútil (más adelante malo), por muy satisfactorio que resulte sensualmente.

Finalmente, examinemos el concepto de regresión contrastándolo con el concepto de tranquilización. Esto es necesario debido a que la técnica de adaptación que debe satisfacer la regresión de un paciente, a menudo es clasificada (estoy seguro que equivocadamente) como tranquilización.

Afirmamos que la tranquilización no forma parte de la técnica psicoanalítica. El paciente penetra en el marco analítico y luego sale de él, y dentro de tal marco no hay más que interpretación, correcta, penetrante y oportuna.

Al enseñar el psicoanálisis debemos seguir hablando en contra de la tranquilización.

Sin embargo, examinando el asunto un poco más detenidamente, vemos que esta afirmación peca de simplista. No se trata simplemente de una cuestión de tranquilización o no tranquilización.

De hecho, es necesario examinar toda la cuestión. ¿Qué es la tranquilización? ¿Qué podría resultar más tranquilizador que encontrarse a uno mismo bien analizado, que hallarse en un marco seguro a cargo de una persona madura, capaz de hacer interpretaciones penetrantes y exactas, y ver cómo se respeta el proceso personal? Es una tontería negar la presencia de la tranquilización en la situación analítica clásica.

Todo el marco en el que se desarrolla el psicoanálisis constituye una enorme tranquilización, especialmente en lo que respecta a la objetividad y comportamiento del analista y a las interpretaciones transferenciales que, en lugar de explotar vanamente la pasión de un momento, la utilizan constructivamente.

Es mucho mejor hablar de esta cuestión de la tranquilización en términos de *contratransferencia*. La formación de reacciones en el comportamiento del analista es perjudicial, no porque se manifiesten en forma de tranquilizaciones y negaciones, sino porque son la representación de elementos inconscientes y reprimidos del analista, elementos que significan una limitación en la labor del analista.

¿Qué diríamos de la *incapacidad* tranquilizadora de un analista? ¿De un analista con ideas suicidas? *La creencia en la naturaleza humana y en el proceso de desarrollo existe en el analista* como condición indispensable para su labor, y el paciente se da cuenta rápidamente de que así es.

La descripción de la regresión a la dependencia, con su adaptación ambiental concomitante, en términos de tranquilización, carece de todo valor; exactamente del mismo modo en que existe, se justifica y considera que, en términos de contratransferencia, la tranquilización es perjudicial. ¿Qué les pido que hagan a los analistas acerca de estas cuestiones en su labor práctica?

1. No les pido que acepten pacientes psicóticos.
2. Nada de cuanto he dicho afecta a los principios de la labor analítica corriente en la medida en que
 - a) el analista se halle en la primera década de su carrera analítica;
 - b) el caso sea verdaderamente neurótico (y no psicótico).

3. Lo que sí sugiero es que mientras los analistas esperen estar en condiciones —a través de su creciente experiencia persona)— de encargarse de un caso en que la regresión sea indispensable, es mucho lo que pueden hacer para prepararse:
- a) vigilar la actuación de los factores del marco;
 - b) vigilar los ejemplos leves de regresión con terminación natural que aparecen en el curso de las sesiones analíticas; y
 - c) vigilar y utilizar los episodios regresivos que suceden en la vida del paciente fuera del análisis, episodios, me permito decir, que por lo general son desperdiciados, con gran empobrecimiento del análisis.

El principal efecto de estas ideas que propongo, en el caso de ser aceptadas, consistirá en un empleo más exacto, rico y provechoso, de los fenómenos del marco en los análisis corrientes de pacientes no psicóticos, produciendo, a mi modo de ver, un nuevo enfoque de la comprensión de la psicosis y su tratamiento por parte de psicoanalistas que estén ejerciendo el psicoanálisis.

RESUMEN

Se llama la atención sobre el tema de la regresión tal como se produce en el marco psicoanalítico. Se informa de algunos casos de tratamiento psicológico que han obtenido éxito en adultos y niños y que demuestran el empleo creciente de las técnicas que permiten la regresión. Es el psicoanalista, familiarizado con la técnica necesaria para el tratamiento de la psico- neurosis, quien mejor puede comprender la regresión y la implicación teórica de las esperanzas del paciente propias de la necesidad de efectuar la regresión.

La regresión puede presentarse en cualquier grado, localizada y momentánea, total o involucrando la vida total de un paciente durante una fase. Las regresiones de tipo menos severo ofrecen un material fructífero para la investigación.

De este estudio surge una nueva comprensión del «verdadero *self*» y del «falso *self*», así como del «yo observador» y de la organización del yo que permite que la regresión sea un mecanismo curativo, un mecanismo que queda en potencia a no ser que exista una nueva adaptación

ambiental digna de confianza que el paciente puede utilizar para corregir el fracaso originario de adaptación.

Aquí la labor terapéutica en el análisis se enlaza con la realizada dentro de los cuidados recibidos por el pequeño, la amistad, el disfrute de la poesía, y de las inquietudes culturales en general. Pero el psicoanálisis puede permitir y utilizar el odio y la ira propios del fracaso originario, efectos importantes que son susceptibles de destruir el valor de la terapia llevada a cabo por métodos no analíticos.

Al recobrase de la regresión, el paciente, cuyo ser estará más rendido ante el yo, necesita del análisis ordinario tal como se ha creado para el control de la posición depresiva y del complejo de Edipo en las relaciones interpersonales. Por esta razón, aun cuando no hubiera otra, el estudiante debe adquirir pericia antes de proceder al estudio de la regresión en el análisis de casos no psicóticos cuidadosamente escogidos. El trabajo preliminar puede hacerse por medio del estudio del marco del psicoanálisis clásico.