

LA REPRESION PRIMARIA: ASPECTOS TEORICOS Y CLINICOS*

WARREN KINSTON y JONATHAN COHEN, LONDRES

HISTORIA

En el Congreso de Madrid revisamos la teoría de la represión a la luz de su desarrollo clínico a lo largo de casi medio siglo; además se concitó la atención en torno al escaso desarrollo de que ha sido objeto el importante concepto freudiano de la represión primaria (Cohen y Kinston, 1984). Se aceptó el punto de vista de Freud de acuerdo con el cual la satisfacción de una necesidad da lugar a una representación mental en la forma de un deseo y planteamos que una falla en la mediación de una necesidad traería como consecuencia una ausencia persistente de los deseos asociados (de las relaciones internas entre el *sí-mismo* y el objeto) y, por ende, una brecha en la comprensión emocional (en la estructura psíquica). Se sostuvo que esta falla constituye la esencia del trauma y el fundamento de la enfermedad mental y que la ausencia resultante constituye la represión primaria.

Si bien Freud estableció el significado de la vida mental interna, tendía a considerar que la neurosis constituye un producto de la frustración y no del trauma. No obstante, esta ecuación conceptual de frustración y trauma se modificó a partir de sus observaciones de las neurosis traumáticas de la época de guerra (Freud, 1920) y en su síntesis definitiva corroboró la importancia del papel que desempeña el trauma en la psicopatología (Freud, 1940). Las investigaciones actuales no nos dejan ya ninguna duda en cuanto a que el trauma puede provocar neurosis y otros tipos de trastornos mentales en la vida adulta (Eitinger, 1964; Kardiner, 1941; Simenauer, 1968). Sin embargo, el paradigma del trauma no ha sido desarrollado de manera cabal ni se le ha aceptado de manera general en tanto que fundamento de las perturbaciones emocionales que se originan en la niñez (Cohen, 1980, 1985). No obstante, muchos descubrimientos clínicos parecen haberse derivado de la distinción conceptual entre la frustración y el trauma (Freud, 1967; Krystal, 1978). Por ejemplo, Winnicott (1954, 1960) sostiene que en el área de las "necesidades del yo" a diferencia del área de los

"deseos del ello", el analista debe adaptarse al analizando en lugar de frustrarlo. De acuerdo con esta línea de pensamiento que cada vez recibe mayor aceptación (cf. Apéndice), con frecuencia, los deseos necesitan ser frustrados, sin que esto implique el trauma; sin embargo, se debe evitar la frustración de las necesidades. Esta falla resulta traumática y su consecuencia es, expresándola de manera metafórica, una herida persistente (del griego *τραυμα* = herida) o un agujero en la psique.

Consideramos que este agujero en la mente es lo que Freud reconocía como el núcleo misterioso de la enfermedad mental y denominaba "represión primaria". Podemos identificar tres métodos de autocuración o de adaptación psíquica, una vez que ha tenido lugar la traumatización. En primer lugar y de manera inmediata, se puede cubrir el agujero; esto es lo que se ha conceptualizado como "narcisismo objetal" u "organización narcisista", una forma de autoprotección que se describe metafóricamente como concha, fachada, armadura, capullo, capa o falso *sí-mismo*. En segundo lugar, el agujero se puede eludir y puede lograrse una mayor flexibilidad psíquica a través de la transformación simbólica de los estímulos asociados con el trauma; ésta es la represión propiamente dicha (la defensa del yo) que se describe metafóricamente como una barrera, muro o dique. En tercer lugar, se puede reparar el agujero con la ayuda de otra persona que posteriormente servirá de intermediario para la satisfacción de los deseos que no se satisficieron durante el trauma. La reparación de tales agujeros constituye la tarea de la terapia psicoanalítica.

Una importante conclusión que se desprende de la teoría que acabamos de presentar es que todas las personas que sufren de neurosis y de perturbaciones severas del carácter, así como aquellas que sufren perturbaciones fronterizas y psicóticas, tendrían que presentar las manifestaciones clínicas de la represión primaria durante el proceso de un análisis completo. De manera similar, esta teoría implica que la transición de la represión propiamente dicha o del narcisismo objetal a la represión primaria que reviste una

* Publicado en: *Int. J. Psycho-Anal.* (1986) 67, 337

Versión modificada del trabajo presentado en el 34to. Congreso Internacional de Psicoanálisis celebrado en Hamburgo en julio de 1985.

importancia fundamental para que la terapia sea eficaz. En la actualidad, existe abundante evidencia que sustenta estas hipótesis, pero ésta no se ha reunido de manera explícita ni se ha conceptualizado con claridad. De ahí que el objetivo del presente artículo sea el de desarrollar nuestros argumentos teóricos y sustentarlos con ejemplos de nuestra experiencia clínica y de la de otros. En particular, intentaremos establecer claramente los rasgos y dificultades de orden clínico que se encuentran asociados con el surgimiento de la represión primaria y su reparación.

LA REPRESION PRIMARIA

La represión primaria y el inconsciente no reprimido

El concepto de la represión primaria es un concepto difícil, en parte debido a que la denominación entraña la implicación insatisfactoria y equívoca de que algún aspecto mental ha sido o está siendo "primariamente reprimido". Frank (1969) describe la represión primaria como el residuo "irrecordable e inolvidable" del trauma. Llegamos a la conclusión de que la represión primaria se refiere a una ausencia de estructura psíquica, en otras palabras, a una ausencia de comprensión emocional, cuando tal estructura puede y debe existir (Cohen y Kinston, 1984). Esta ausencia o pérdida de la estructura ha sido ocasionada por determinados acontecimientos traumáticos que, en cambio, dieron lugar a alguna forma de impresión permanente en la mente que no se puede emplear y que no posee ninguna utilidad. Puesto que esta impresión no constituye una representación (en el sentido general del término), no se requiere ninguna actividad mental específica para evitar que se introduzca en la conciencia. No obstante, su presencia se manifiesta con fuerza en las relaciones de la persona y da lugar a la reproducción del trauma o de algunos aspectos del trauma a lo largo de la vida.

Ya que la represión primaria constituye una parte de la mente en la cual no existe la conciencia, suponemos que ésta se encuentra estrechamente vinculada con el inconsciente no reprimido o, recurriendo al concepto que propone Matte Blanco (1975), con el "modo de ser simétrico". El inconsciente no reprimido es un tipo de actividad que subyace a toda experiencia. (Esto lo distingue de la represión primaria o del inconsciente reprimido, a los que se les puede considerar como 'regiones' de la mente.)

La actividad del inconsciente no reprimido es diferente a la represión propiamente dicha, la cual mantiene determinados deseos y, por ende, determinados conflictos, fuera de la atención de la conciencia.

Justamente debido a que las experiencias del inconsciente reprimido *se representan (id est se presentan principalmente del 'modo asimétrico', en términos de Matte Blanco)*, éstas pueden presentarse en los sueños, en los *lapsus linguae*, en la sintomatología, etc., y pueden hacerse conscientes mediante la interpretación. En cambio, el trauma (no representado) que forma la represión primaria no puede ser observado o experimentado simplemente por el analizando, como tampoco se puede atraer la atención del analizando sobre ésta a través de comentarios interpretativos.

Los elementos prerrepresentativos de la experiencia, incluidas las impresiones sensoriales, las acciones estereotipadas, las reacciones fisiológicas y las imágenes o los afectos aislados, transmiten el resurgimiento del estado traumático en el análisis. Con frecuencia, estos elementos no se encuentran claramente vinculados y no le brindan al analista una comprensión cabal que pueda revertirse en una interpretación útil. Esta desorganización de carácter generalizado puede o no presentarse asociada con angustias o terror intensos, no obstante, de ser persistente, resulta incompatible con la existencia psíquica o física. Aunque la realidad histórica que subyace al trauma puede no ser recuperable en detalle durante la etapa de resurgimiento del estado traumático, por lo general, es posible detectar algunos vínculos simbólicos a los que resulta necesario recurrir en la formulación de las reconstrucciones psicoanalíticas.

Primer ejemplo: (Dowling, 1982)

El Dr. Dowling describe el caso de una paciente que presentaba dos tipos de sueños de carácter reiterativo, los cuales estaban vinculados con sus traumas infantiles. El primer tipo de sueño se correspondía de manera evidente con el surgimiento de las experiencias del inconsciente reprimido. Este poseía un contenido reconocible asociado con la escena primaria. En éste se recurría a imágenes visuales y auditivas y estaba estructurado por operaciones de simbolización y proceso primario que formaban una narrativa más o menos coherente. La angustia asociada era intensa pero se aliviaba al despertar. El segundo tipo de sueño "consistía en un terror carente de imágenes y en sensaciones de abandono y de vacío de carácter difuso". La paciente requería de varios días para superar este terror. Durante estos periodos, conducía de manera peligrosa, bebía en exceso y sufría una exacerbación de su colitis y neurodermatitis. Sugerimos que el segundo tipo de sueño correspondía a la experiencia de la represión primaria y a la emergencia temporal del trauma. El terror y, posiblemente, la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas constituyeron aspectos no específicos del estado traumático; mientras que el hecho de conducir de manera peligrosa y la exacerbación de la colitis estaban probablemente vinculados de manera simbólica con acontecimientos de la niñez.

Es posible que los riesgos asociados con la irrupción de la actividad del inconsciente no reprimido en asociación con la represión primaria no puedan prevalecer en el caso de pacientes neuróticos que presentan un funcionamiento satisfactorio, casos en los cuales resulta poco probable que se dé una desorganización severa. Se considera que los neuróticos son más saludables que los fronterizos o los psicóticos debido a que los neuróticos poseen sistemas bien desarrollados para evitar los estados traumáticos. Sin embargo, si se examina la represión primaria en el análisis de un paciente neurótico, el potencial de muerte, desintegración o locura, antes inconcebible tanto para el paciente como para el analista, llega a percibirse como una posibilidad. El temor que se deriva del peligro real, en lugar de la angustia que se deriva de la fantasía, entra a tallar en el análisis.

Postulamos que cada vez que se enfrenta el narcisismo objetal y se activa el aspecto traumático de la represión primaria, la muerte o los acontecimientos con consecuencias casi mortales como, por ejemplo, una enfermedad severa o un accidente grave del paciente (o de sus seres cercanos) se convierten en un riesgo real. Estos terribles acontecimientos se caracterizan por poseer un significado reconocible y no por su carácter meramente coincidente. Aún no se ha establecido en qué medida se pueden evitar estas catástrofes significativas; sin embargo, sospechamos que la ocurrencia y el manejo de los peligros inherentes al trabajo psicoanalítico pueden estar determinados por la forma en que el analista *conceptualice* el proceso psicoanalítico.

Segundo ejemplo (Yorke, 1980)

El Dr. Yorke describe el caso de una mujer que se sometió a análisis debido a "problemas sexuales con su esposo, problemas que se manifestaban en un rechazo conflictivo a hacerse sexualmente atractiva para su esposo ... la paciente no hacía concesiones a ningún criterio de belleza femenina ... (pero) al mismo tiempo presentaba deseos sexuales intensos (dirigidos) hacia hombres inalcanzables" (págs. 190-191). Según su analista, "estos conflictos y sus antecedentes infantiles surgieron rápidamente en la transferencia y al poco tiempo pudo dar inicio a un tratamiento psicoanalítico más o menos clásico. Lamentablemente, surgieron síntomas físicos y, finalmente, se le diagnosticó a la paciente un carcinoma en el conducto genital y se le sometió a una mutilación quirúrgica" (p. 191). A raíz de estos acontecimientos, la paciente empezó a vestirse y a arreglarse de manera atractiva. A pesar de la vinculación significativa entre su psicopatología (el rechazo sexual), su enfermedad (cáncer genital) y las consecuencias psicosociales de la operación a la que fue sometida (quedó imposibilitada para mantener relaciones sexuales), el Dr. Yorke no contempla la posibilidad de que el cáncer y la operación de la paciente constituyesen una parte integral del proceso de este psicoanálisis.

La mayoría de analistas saben de casos de análisis que han traído consecuencias funestas para el analizando, aunque su vinculación con el trabajo analítico puede no ser tan evidente como en el caso que acabamos de presentar. No obstante, las explicaciones teóricas de tales consecuencias son aún incipientes. Por ejemplo, el suicidio se comprende psicoanalíticamente en términos de "intensidad": ya sea como "un debilitamiento" del yo y sus defensas; como una "intensificación" de los impulsos masoquistas de venganza dirigida hacia algún introyecto patológico, o como la fantasía de renacimiento, etc. (Lapinski, 1985). Esta teoría nos asiste de manera deficiente en la práctica clínica.

Tercer ejemplo (Lapinski, 1985)

Durante su niñez, la Srta. J perdió a las dos personas que se habían encargado de cuidarla: su madre murió cuando ella tenía cinco años de edad y su abuela murió cuando la paciente tenía doce años de edad. Su primer tratamiento psicoanalítico culminó cuando el analista manifestó abiertamente su rechazo a la paciente, lo cual provocó un serio intento de suicidio de la paciente. Al emprender su segundo tratamiento psicoanalítico, a los veintiocho años de edad, el analista se sentía cerrado e imposibilitado para comunicarse. Se desencadenaron diversas formas de narcisismo objetal: la idealización, la sensación de estar inerte y el silencio; todas las cuales fueron trabajadas e interpretadas con sensibilidad por el analista. En el segundo año de análisis, la paciente empezó a hablar acerca de su necesidad de tener a alguien con quien estar conectada. El analista había puesto al descubierto los dos elementos de la psique de la paciente: su *sí-mismo* dependiente, frágil y necesitado, y su *sí-mismo* invulnerable, frío y autosuficiente. Finalmente, la paciente expresó su preocupación de que el analista la abandonase. Por esos días el analista le anunció un intervalo en el análisis que se haría dos meses más tarde. Esto provocó un dramático deterioro: la paciente no podía escuchar ni hablar correctamente y "sólo producía incoherencias". El analista empezó a temer que la paciente se sumergiese en una psicosis o que cometiese suicidio y escribió: "Intentaba desesperadamente continuar con el análisis ... De pronto me vi realizando más bien una psicoterapia". La Srta. J se quejaba constantemente de malestares y el analista logró finalmente convencerla de que debía consultar a un médico. Fue a ver al médico quien le recetó pastillas para dormir. La paciente hizo un decidido intento de suicidio. Se evitó su muerte prácticamente gracias a la suerte; se reanimó en una sala de cuidados intensivos. Posteriormente, el análisis continuó de una manera negativa y destructiva y, un año más tarde, la Srta. J abandonó su tratamiento psicoanalítico.

El tercer ejemplo ilustra los temas que se presentarán y se desarrollarán en este artículo y en artículos posteriores:

La activación del trauma conlleva el riesgo de la catástrofe. Puesto que, en este caso, el trauma implicaba el abandono debido a la muerte, resultaba casi seguro que después de elaborar las defensas y los re-

cursos de protección se produjese una situación mortal.

Se puede prever el retorno del trauma, que se manifestó en la desorganización y el deterioro de carácter manifiesto, cuando la importancia del analista se pone al descubierto. En este caso, la paciente pensó que un intervalo de rutina hacía que todo se tornase en "una incoherencia", es decir, tornaba en una incoherencia la idea del analista en tanto que la figura nutriente que ella se había formado y la cual necesitaba desesperadamente.

Con la emergencia del trauma, la acción empieza a dominar el material clínico. En este caso, los sentimientos de la paciente con respecto al intervalo se expresaron a través de acciones, y las interpretaciones analíticas se tornaron inútiles. El analista se sintió obligado a actuar, "de pronto se vio" adoptando un enfoque psicoterapéutico y, de esta manera, desempeñó involuntariamente un papel en el acontecimiento que casi provocó la muerte de la paciente.

El trabajo psicoanalítico está condenado al fracaso a menos que el analista tenga una concepción clara de lo que puede ocurrir si se alcanza el terreno de la represión primaria. En estos casos, el trauma, el riesgo y la acción, y ya no el discurso, los sentimientos y los sueños, se convierten en los rasgos principales del análisis. Una conducción coherente y explícita de la comprensión de esta fase del análisis constituye el reto actual.

La función dual de la represión primaria

La represión primaria, con su estrecha relación con el inconsciente no reprimido, posee una función de carácter dual y paradójico. De un lado, constituye la sede de los traumas catastróficos, impensables, pasados pero siempre presentes, y la confusión, el terror, la desesperanza y la pérdida de las funciones de autoconservación que se presentan asociados con éstos. Mientras que, de otro lado, puede cumplir la función de "frágil capullo de la estructura psíquica" (Rechhardt, 1983) a partir del cual empieza el crecimiento.

El desarrollo emocional, en el sentido de cambio de identidad, recibe su impulso durante la infancia, principalmente de la maduración física y de las circunstancias sociales externas que no están en gran medida sujetas a control. Sin embargo, entre la adolescencia y la vejez, el cambio de identidad constituye básicamente un asunto de elección personal. El adulto debe afrontar diversas decisiones —el matrimonio, los hijos, el trabajo, los cambios de carrera, las cuales definirán de manera decisiva su experiencia vital y alterarán sus posibilidades personales.

Suponemos que, ante estos retos, el desarrollo emocional constituye un elemento concomitante ne-

cesario de la vida saludable (Erikson, 1950) y que tal desarrollo depende del contacto con el inconsciente no reprimido. Cada nueva etapa de la vida social conlleva la tarea de intentar comprender una vez más el propio mundo personal. Con cada nueva etapa surgen nuevas necesidades y posibilidades, por lo cual surge también la posibilidad de elegir una nueva manera de ser. En estas etapas, la realidad se torna confusa para el individuo: sus experiencias se tornan más intensas y, en cierto sentido, caóticas; se siente inseguro en cuanto a la manera de interpretar lo que lo rodea y no sabe qué decir o qué hacer; se siente aislado, se preocupa y duda de sí. Esta confusión saludable define las limitaciones de la capacidad de la persona para comprender su mundo. Si esta tarea se facilita con la intervención de un amigo o uno de los padres, el individuo podrá lograr una nueva y más profunda comprensión de sí y un sentido más rico de sí mismo. Con frecuencia, esta resolución se logra rápidamente y puede proporcionar alivio e incluso alegría. En ciertos individuos dotados, el proceso puede dar lugar a una nueva visión del mundo que tal vez merecería la denominación de "enfermedad creativa" (Ellenberger, 1970, págs. 447-448).

No obstante, las personas perciben el riesgo que implica hacer una elección que requiere un compromiso; y hemos podido observar que los cambios de identidad que obedecen a motivaciones psicosociales con frecuencia se presentan asociados con enfermedades físicas o mentales de carácter pasajero. (Existe una extensa bibliografía empírica, sin sustentación psicoanalítica, acerca de las repercusiones de los acontecimientos de la vida en la salud.) En ciertas ocasiones, una persona decide echarse atrás, tal vez acertadamente, e intenta preservar el *status quo*. A los demás, esta persona puede parecerles carente de imaginación, inmadura o rígida, o puede parecerles que está negando la necesidad de cambiar. Si el cambio es inevitable, la persona puede eludir el riesgo y evitar la confusión adoptando un sistema de prejuicios. Pero si tanto elegir como no elegir se perciben como imposibles, entonces es probable que se presente una enfermedad permanente o la muerte. Esta muerte emocional, que se funda en la incapacidad para adaptarse, se puede observar en los animales, inclusive en las cucarachas, y en los seres humanos (Carrighar, 1965; Engel, 1971).

Así, las crisis normales de la maduración, la experiencia en circunstancias difíciles y el pensamiento creativo presentan interesantes semejanzas con el trauma y su reparación. En todos estos estados, la estructura psíquica existente no es capaz de asimilar una nueva situación y la persona se torna especialmente dependiente del ambiente o vulnerable a éste (cf. Freud, 1920; Kris, 1952; Gill y Brenman, 1959; Rappaport, 1958). El objetivo o requisito es la *metanoia* o la transformación de la personalidad. La ex-

perencia pasada ya no es una guía y la matriz existente de la comprensión resulta inútil; por tanto, se requiere un contacto mayor con el inconsciente no reprimido. Lamentablemente, después del trauma psíquico, la represión primaria se activa cada vez que se debe afrontar un cambio de identidad, lo cual explica la frecuencia con que se presenta la enfermedad.

La represión primaria y otros estados psíquicos

La represión primaria es un estado psíquico en el cual puede surgir una variedad de fenómenos de la persona integral. Hasta aquí sólo hemos hecho hincapié en tres de estos fenómenos: la persistencia del trauma, la posibilidad del desarrollo emocional y el potencial de la enfermedad, la muerte o la catástrofe de carácter significativo. Contemplaremos otros fenómenos a lo largo de este artículo. Existen otras denominaciones que los analistas emplean, al parecer, para hacer referencia a este estado psíquico: por ejemplo, "la neurosis transferencial" (escuela clásica; Kohut, 1984), "el núcleo psicótico" (escuela kleiniana), "la falla básica" (Balint, 1968), "la no-integración" (Gaddini, 1982a), "el desmoronamiento" (Winnicott, 1974). No obstante, ninguna de estas denominaciones parece superar en algo a la de Freud. Todas enfocan insatisfactoriamente uno u otro aspecto del estado psíquico; ninguna lo vincula claramente con la represión propiamente dicha; y todas son sectarias en la actualidad.

Con la finalidad de ubicar a la represión primaria en su justa perspectiva, es necesario tener en mente que existen otros estados psíquicos que surgen en el análisis: el neurótico o defensivo, el narcisista objeto o de autoprotección y el manifiesto o espontáneo. Una persona que se encuentra en cualquiera de estos estados puede revelar la existencia de la represión primaria. Este fenómeno merece un examen.

Cuando un individuo está abierto a la experiencia y puede afrontarse a sí mismo, éste puede tomar conciencia de su propia represión primaria. En estos casos, la persona puede referirse espontáneamente a un "agujero" en su mente, o a "algo que le falta"; también puede hacer asociaciones de carácter menos directo con agujeros, fallas, deficiencias o defectos, con asociaciones posteriores con la enmienda, la reparación o la curación.¹ La persona posee un sentido de su necesidad de ayuda para lograr la comprensión o una perspectiva de sí y de su situación, pero soporta la separación y echa de menos a otras personas significativas.

Cuarto ejemplo

El Sr. J era un funcionario público de treinta años de edad que se encontraba seriamente perturbado. No había dejado jamás su casa y presentaba una perversión de carácter complejo. Después de dos años, el terror intenso que sufría al iniciar su tratamiento psicoanalítico disminuyó y durante un corto período de calma sus asociaciones se centraron en los agujeros negros del espacio extraterrestre. Su reacción a la interpretación era satisfactoria debido a que tenía la idea de que el análisis lo estaba ayudando a descubrir cómo era: una persona incapaz de relacionarse adecuadamente y, al mismo tiempo, apegada, llena de maldad e identificada con su ano. El siguiente fin de semana llegó y trascurrió, por primera vez, sin novedad.

Quinto ejemplo

La Sra. Q era una mujer de cuarenta años de edad, casada y con hijos. Se encontraba en su sexto año de tratamiento psicoanalítico y estaba volviendo a experimentar, de manera vívida y aterradora, acontecimientos traumáticos del pasado que incluían el haber presenciado el maltrato físico de su hermano, y el haber sido víctima de abuso físico y emocional y el haber sido abandonada. En una breve pausa entre sus estados de desorganización y pánico, el paciente describió su sensación de "encontrarse colgando en el interior de un pozo". Manifestó estar de acuerdo con que cada vez que volvía a experimentar tales acontecimientos traumáticos sentía que volvía a caer dentro de "ese pozo"; y manifestó que comprendía que esto era necesario para "lograr la curación".

El estado psíquico del neurótico defensivo es el que encubre de manera más eficaz la represión primaria debido a que se presenta asociado con una relación flexible. No obstante, la existencia de la represión primaria puede deducirse de la manera en que la persona establece sus relaciones sobre la base de deseos (o defensas contra éstos) excesivamente apreciados y con frecuencia ocultos, sin una apreciación automática ni completa de sus propias necesidades ni de las de los demás. Por tanto, existe una brecha en la estructura psíquica en el lugar donde debían estar representados estos deseos. Los deseos neuróticos participan en la catástrofe de la cual se derivaron por su urgencia y por la angustia asociada con éstos.

Sexto ejemplo

El Sr. B era un hombre de negocios de treinta y cinco años de edad que había logrado un éxito relativo en su matrimonio. Se le diagnosticó como neurótico. La transferen-

¹ La semejanza fonológica que existe entre "hole" [agujero] y "whole" [completo, entero, todo] resulta interesante. Cuando una persona es saludable (en inglés *healthy*, que etimológicamente proviene de "whole"), puede contemplar el "hole"

[agujero] que etimológicamente proviene de *kel* = cubrir, encubrir). La etimología antitética de *hole* sugiere que se trata de una palabra primaria. Véase también el empleo de "well" en el quinto ejemplo.

cia no tardó en reflejar este diagnóstico. Por ejemplo, durante un largo periodo el paciente luchó de manera angustiada y culpable con la necesidad apremiante e irracional de levantarse del diván para modificar la disposición de los muebles del consultorio. Durante el análisis de su estado neurótico, el paciente logró establecer contacto con diversos deseos y conflictos reprimidos. No obstante, le era ajena la idea de necesitar realmente al analista para sentirse apreciado y para que cuidara de él, por lo cual no lo echaba de menos durante las vacaciones. Cuando finalmente logró ponerse en contacto con estas necesidades humanas, pudo prever que echaría de menos al analista durante las vacaciones. A su regreso manifestó que le había ido bien pero que había "sentido un agujero". (Sugirió que, antes, el echar de menos hubiese significado una dependencia infinita y la capacidad de conservar su propia identidad.)

El narcisismo objetal (organización narcisista) constituye una forma de autoprotección que se funda en un bloqueo global de la autoconciencia (autonarcisismo) y, por ende, una ausencia de relaciones directas auténticas (Kinston, 1980, 1982, 1983a, b). La facilidad o dificultad con que se deduzca la represión primaria dependerá de cómo se presente ésta. En el caso de dificultad extrema, el analizando puede presentarse con una negación rotunda de su necesidad o de su perturbación, e incluso puede evaluarse como normal. En el otro caso extremo, la situación del analizando resulta obvia: éste se muestra evidentemente confundido, revela una desesperada necesidad de matices infantiles y transmite una sensación de vacío interno donde debería percibirse a la persona. La conformidad y el desafío, en lugar de la satisfacción mutua de las necesidades, pasan a constituir el fundamento de sus relaciones.

Antes de empezar a tratar las demás manifestaciones clínicas de la represión primaria, es necesario explorar el contexto en el cual se presenta: es decir, la relación analítica y el objetivo de un tratamiento psicoanalítico. Esto se torna necesario debido a que la emergencia de la represión primaria a partir de otros estados en un análisis depende de que el paciente empiece a reconocer el potencial del analista para ayudarlo a manejarla de manera constructiva. Este reconocimiento da lugar a un cambio cualitativo definido en la relación entre paciente y analista. Para describir este cambio es necesario introducir los conceptos de *objeto primario* y de *relación primaria*.

EL OBJETO PRIMARIO Y LA RELACION PRIMARIA

El objeto primario

La teoría de las relaciones objetales es una teoría intrapsíquica que ha surgido de la psicología personal y que aún no le ha dado una explicación profunda a la naturaleza interactiva de la experiencia y de

la existencia humanas. El "objeto", que puede estar precedido de los atributos "interno" o "interior", constituye una formulación intrapsíquica. Se emplea generalmente para hacer referencia a algún aspecto del mundo de las experiencias que se encuentra en correspondencia casi simétrica con algo o con alguien que se inscribe en la realidad externa. El término "objeto" también se ha empleado para hacer referencia a las entidades externas, como en el caso de "objeto transicional" (Winnicott, 1953), o de "objeto autista" (Tustin, 1980). De manera similar, los psicoanalistas, y en especial Melanie Klein, han hecho referencia a la madre o a su pecho recurriendo al término de objeto primario o primitivo, para designar la *primera* cosa externa con la que el bebé se relaciona.

Balint (1959) introdujo formalmente el concepto específico de "objeto primario" para hacer referencia a los objetos del mundo real que poseen las características de sustancias tales como el aire. Este objeto se da por supuesto, no puede ser destruido, no se preocupa en mantener fronteras adecuadas, no pide nada para sí y no requiere de ningún esfuerzo para garantizarse la cooperación. La persona no tiene sentido de poder o de control sobre el objeto primario, pero si perturba la armonía con el objeto, surge una amenaza profunda de muerte y de agresión violenta. A las relaciones con el objeto primario Balint las denomina relación objetal primaria. Aparentemente, esta denominación es similar al término de Kohut y de los kleinianos de "relación objetal narcisista". No obstante, Balint no tenía en mente una estructura internalizada y, para evitar interpretaciones erróneas, se refería a ésta con la expresión "relación ambiente-paciente" (1968, p. 168). Balint comparaba su concepto de objeto primario con el concepto de Anna Freud de "objeto de satisfacción de las necesidades", con el concepto de Hartmann de "ambiente normalmente previsible", con el concepto de Bion de "continente", con el concepto de Winnicott de "función de sostenimiento" o "ambiente facilitador", con el concepto de Little de "unidad básica", con el concepto de Khan de "coraza de protección", con el concepto de Spitz de "intermediario del ambiente" y con el concepto de Mahler de "matriz extrauterina".

Preferimos el término sencillo de Balint y apreciamos la claridad de sus formulaciones. Nuestro objeto primario comparte las cualidades del de Balint, pero difiere en un aspecto. Balint señala que "la dependencia del objeto primario ... puede disminuir de manera considerable e incluso puede desaparecer por completo". Nosotros planteamos que la necesidad del objeto primario continúa siendo significativa a lo largo de toda la vida, aunque no siempre se encuentre en el primer plano de la atención consciente. Además, consideramos que la palabra "dependen-

cia" tiene asociaciones (por ejemplo, con la regresión²) que la tornan inadecuada para describir la relación de una persona con el ambiente que mantiene (y que inclusive crea) y el cual realmente (y no en la fantasía) sustenta su vida.

El objeto primario incluye en primera instancia el útero y la placenta, el ambiente de la infancia y, posteriormente, cierta amalgama de relaciones personales, trabajo, posesiones, medio ambiente físico, status social y creencias religiosas o seculares. El objeto primario genera posesividad y encarna la esperanza. Su modificación o pérdida, parcial o total, es objeto de resistencia tenaz y puede provocar la enfermedad y la muerte. Esto explica la alta tasa de enfermedad y muerte que se presenta en casos de jubilación, de mudanza de una casa particular a un hospicio, de muerte del cónyuge y, en general, en todas las situaciones de la vida en las que se pierde la esperanza (Richter, 1959).

Ejemplos de carácter más bien esotérico, pero tal vez más claros, de muertes que se presentan a consecuencia de una alteración del objeto primario y de la pérdida de la fe que la acompaña, son los de las muertes que se producen después de una maldición familiar (Mathis, 1964; Raybin, 1979), después de un hechizo vudú (Cannon, 1942), después de un maleficio (Collomb, 1976; Milton, 1973), muertes anunciadas por una pesadilla (Tobin y Friedman, 1983; Freeman, 1967), muertes de niños a los cuales se les ha aterrorizado de manera deliberada (De Mause, 1974), muertes que se han deseado, muertes que se han producido en fechas predeterminadas, muertes por suicidio, por violencia, por enfermedad y abuso de sustancias después de una reubicación tribal, y otros casos de muertes que no se pueden explicar de otra manera (Bettelheim, 1943; Weisman y Hackett, 1961; Saul, 1966; Coolidge, 1969; Fisher y Dlin, 1971; Devereux, 1980). El rasgo común de estos casos es el retiro del apoyo y la confirmación emocionales por el ambiente interpersonal significativo de la familia, los amigos y/o la comunidad cultural.

Ya describimos el uso de los recursos de protección del narcisismo objetual y de las defensas neuróticas para evitar el surgimiento de traumas que pueden poner en peligro la vida. A la luz de lo que hemos desarrollado en esta sección, podemos agregar que estos mecanismos psíquicos se convierten en parte del objeto primario, del ambiente personal

que se resiste al cambio, ambiente en el cual el individuo traumatizado se desenvuelve. El analista puede y debe convertirse en parte del objeto primario del analizando. Sin embargo, para que se produzca el cambio, el analista tendrá que establecer un contacto directo con el paciente en estado de represión primaria. Esto parece ser posible únicamente mediante la presencia de una forma especial de relación que denominamos relación primaria.

La relación primaria

Emplearemos el término "relación primaria" para hacer referencia a la relación de valoración directa, de consideración, confianza y reflejo con otras personas, relación que toda persona necesita de manera absoluta y objetiva. Esta relación se caracteriza por un apego mutuo de carácter intenso y por una comunicación empática profunda. Esta relación objetual es similar a la relación con el objeto primario porque constituye un complemento ambiental del individuo que, por ende, no puede ser internalizada. Cuando no existe una forma activa de relación primaria, el individuo vive en un estado de muerte psíquica con el objeto primario —el trabajo, los bienes, los amigos, la fe, las fantasías de apoyo, etc.— que encubre la represión primaria de manera narcisistamente objetual.

Consideramos que, durante el psicoanálisis, tiene lugar en primera instancia la activación y el reconocimiento del analista en tanto que objeto primario para que luego el analista pueda realizar su trabajo de interpretación que dará lugar al surgimiento de la relación primaria. Cuando se logra desarrollar el estado de relación primaria en el marco del psicoanálisis, la persona se siente intensamente necesitada, vulnerable y sensible, y experimenta la esperanza y el riesgo. El analizando manifiesta ansias intensas por el analista y dolor ante la separación: Gaddini (1982a) lo describe como "la necesidad objetiva de tener a alguien, quienquiera que sea, que permanezca constante e ineludible". La relación primaria es la raíz de la asimetría en la relación psicoanalítica y es el prerrequisito para lograr la reparación de la represión primaria y para lograr una nueva adaptación al nuevo ambiente personal.

Freud sostenía que "el primer objetivo del tratamiento [es] *ligar* a la persona con éste y con la per-

² En la literatura psicoanalítica, el concepto de "regresión" se emplea con frecuencia en asociación con el retorno a la "relación objetual primitiva". Tal descripción se refiere indistintamente y de manera oscura y confusa a los cambios temporales, formales o topográficos. Evitamos recurrir al término regresión en todo el presente artículo debido a que, tal como lo señalan Laplanche y Pontalis, lo que evoca es rara vez suficiente para comunicarnos la manera en que el analizando está funcionando (1973, p. 388). No logramos mayor claridad agregando

calificativos como "profunda", "masiva" o "intensa"; y la importancia del objeto primario y de la capacidad para relacionarse primariamente en la vida adulta cotidiana se pierde. Con frecuencia, todo aquello que el paciente entrega en una denominada regresión constituye una forma de engañarse a sí mismo a través de sus maneras sociales. Este cambio en un análisis, por tanto, se describe mejor como una "transición" y no como una "regresión": Más aún, Winnicott (1954) y Bettelheim (1972), entre otros, han señalado que el término "progresión" sería tal vez más adecuado.

sona del analista". Luego explica que "para garantizar esto, no se necesita nada más que darle tiempo al paciente. Si *manifestamos un interés serio* en éste, si superamos meticulosamente las resistencias que surgen al inicio y si evitamos cometer ciertos errores, el paciente formará por sí mismo este vínculo..." (Freud, 1913, p. 139. El destacado es nuestro). Para Freud, tanto este vínculo como la compenetración con el paciente constituyen un aspecto de aquel fenómeno misterioso que él denominó transferencia y siempre le adjudicó al analista la responsabilidad específica de activar este fenómeno. Las ideas de Freud parecen haber quedado sumergidas bajo una serie de conceptos recientes tales como "la alianza terapéutica" o "la alianza del tratamiento" que se centran en los deseos no neuróticos de cooperar del paciente, en su capacidad para el razonamiento y en su contrato social con el analista (Sandler *et al.*, 1973, cap. 3).

Aunque oficialmente se ha minimizado la relación primaria, es decir, el vínculo que surge como reacción ante la ayuda y el interés auténticos, de acuerdo con la descripción de Freud, los analistas la aprecian de manera intuitiva y la fomentan de forma deliberada. Hoffer (1956) describe esta actividad como "la transferencia del analista que está relacionada con la apreciación y las reacciones humanas que las necesidades realistas del paciente suscitan en él en las diversas etapas del tratamiento psicoanalítico". Es probable que las personas estén inherentemente dispuestas a reaccionar ante estas actitudes y que inclusive estén inherentemente conscientes de que para lograr el desarrollo emocional es necesario establecer una relación de esta naturaleza. Mediante la manifestación del interés y de la atención, valorando al paciente en tanto que persona, y traduciendo el reconocimiento de las necesidades a acciones útiles (por ejemplo, ofreciendo comentarios de manera oportuna, modificando el tono de la voz, garantizando la regularidad de las sesiones, precisando los arreglos de carácter práctico, etc.), el analista le permite al analizando utilizarlo como objeto primario.

No obstante, el siguiente paso hacia el establecimiento de la relación primaria y el desarrollo emocional no resulta, por lo general, tan fácil, a excepción de los casos de analizando sanos. En la mayoría de casos, esta transición se ve obstaculizada por las reacciones de defensa o de autoprotección habituales ante el estado traumático subyacente. La superación de estos obstáculos y la transición a la relación primaria puede llevarse a cabo de manera gradual o dramática. Winnicott se refiere a este proceso de transición como la activación de los potenciales inherentes al Verdadero *Sí-mismo* (1960). Balint (1968) creó la expresión "nuevo inicio." Kinston (1983b) un modelo típico, el de la *reacción terapéutica positiva*, en la cual el narcisismo objetal, a partir

de la activación consciente del autonarcisismo (en tanto que imagen de sí negativamente evaluada), da lugar a acusaciones y hostilidad de carácter intenso que se dirigen al analista por sus fracasos. No obstante, las características clínicas de la transición a la relación primaria y a la reparación estructural de la represión primaria requieren una exposición más detallada de la que nos ocuparemos a continuación.

LA REPARACION DE LA REPRESION PRIMARIA

Hemos planteado que la activación de la represión primaria puede dar lugar ya sea a la enfermedad y la muerte o a la creatividad y el desarrollo emocional. La primera posibilidad es el riesgo que supone el psicoanálisis en su búsqueda de la segunda. La enfermedad física y la muerte pueden bloquearse mediante la producción de estados de narcisismo objetal, pero al costo del estancamiento emocional o de la enfermedad mental. Puesto que la represión primaria conduce únicamente al crecimiento cuando está sustentada por la relación primaria, la transición de la enfermedad mental al crecimiento emocional depende del reemplazo de una relación objetal narcisista por una relación primaria. Esta es la transición que tiene lugar en el curso de un análisis exitoso. En otras palabras, nuestra investigación nos ha llevado a la conclusión de que la *acción terapéutica del psicoanálisis puede entenderse mejor como la exposición o la activación de la represión primaria y como la transformación de un trauma en estructura psíquica dentro del contexto de la relación primaria.*

Antes de iniciar un examen detallado del proceso analítico, debemos poner énfasis en que nuestro enfoque es empírico y en que nuestro objetivo es básicamente descriptivo. Hemos introducido la teoría sólo con la finalidad de contar con un lenguaje que nos permita hacer referencia a los aspectos de la realidad clínica que generalmente se dan por sentado. A continuación, formularemos un proceso normativo con el cual muchos o, tal vez, todos los analistas están familiarizados, pero el cual no se ha legitimado aún. Debido a la carencia de formulaciones explícitas de estos procesos de crecimiento psíquico en términos que los analistas puedan aceptar ampliamente, los escritos clínicos relacionados con este campo son sectarios y, con frecuencia, apoloéticos, dubitativos e incluso materia de sorpresa. Numerosos casos registrados en los últimos años revelan que los analistas con frecuencia se encuentran en lo que ellos consideran situaciones clínicas excesivamente íntimas, especiales o excesivamente patológicas las que, a su modo de ver, justifican el empleo de intervenciones heroicas, excesivamente activas o concesivas (véase Apéndice). De acuerdo con nuestro punto de vista, tal labor individual y creativa, que aparente-

mente va más allá de las reglas y las normas del psicoanálisis, podría beneficiarse e incentivarse con una teoría que le permitiese ocupar un lugar en tanto que nueva norma (algo semejante ocurrió cuando se legitimó la contratransferencia en 1950). Sugerimos que las situaciones clínicas a las que nos hemos referido, aunque extrañas, pueden describirse de manera coherente y comprensible si recurrimos al esquema conceptual de la represión primaria. Entonces, las reacciones del analista se considerarán necesarias en lugar de inadecuadas o irregulares.

Son tres las fases superpuestas que pueden distinguirse durante la reparación de la represión primaria. La primera está vinculada con la transformación de los conflictos neuróticos y de la armadura objetal-narcisista en una toma de conciencia de la deficiencia y de la necesidad. La segunda consiste en la toma de conciencia y la afirmación explícitas de la relación primaria con el analista. La tercera consiste en el resurgimiento y la elaboración de las necesidades insatisfechas y de los estados traumáticos con la finalidad de establecer un nuevo tipo de comprensión. En el presente artículo, simplemente deseamos poner de relieve los rasgos clínicos. Por tanto, dejaremos el examen detallado del proceso y del manejo técnico para otra oportunidad. Debemos señalar que las fases pueden surgir sin que el analista repare en éstas como tales; desde luego, como en el noveno ejemplo, las preconcepciones teóricas pueden hacer más improbable que el analista repare en ellas.

Fase 1: El establecimiento de la conciencia de la necesidad

Si el paciente y el analista trabajan en colaboración para reparar la brecha en la comprensión que ha surgido del trauma, con seguridad se desarrollará una conciencia de esta brecha. Como hemos señalado reiteradamente, esta toma de conciencia tiene lugar a través de la eliminación de las defensas y de los mecanismos de protección que se realiza de acuerdo con el estándar de la técnica psicoanalítica. Las defensas neuróticas son menos eficaces contra la activación de la represión primaria y, por tanto, dan lugar al narcisismo objetal a medida que se realiza el acercamiento a la represión primaria. La relación de carácter manifiesto de los pacientes más perturbados es principalmente objetal-narcisista, presentándose como falsa o sumisa, sofisticada o distante, o interactiva pero rígida e inaccesible.

A pesar de que esta no-relación o pseudorelación, sea persistente o temporal, cumple la función de evitar deliberadamente el desarrollo de la relación primaria, al mismo tiempo, estos mecanismos de autoprotección hacen brotar el frágil capullo de la relación. Por más irreales, cargados de odio o idea-

lización, deshonestos o concesivos que sean, estos mecanismos objetales-narcisistas constituyen el único recurso del que dispone el paciente para relacionarse con el analista, para comunicar lo incomunicable, para sobrevivir. Por tanto, el analista receptivo puede recurrir a éstos para lograr una intervención empática directa. El analista, dependiendo de su estilo y de su bagaje teórico, puede mostrarse más concesivo o más confrontador, más o menos centrado en las interacciones entre analista y paciente como si éstas estuviesen pulsionadas por el instinto, y más o menos preocupado en reconstruir los acontecimientos pasados.

Nuestra tendencia consiste en reconocer la desconexión en la transferencia, relacionarla con una desconexión interna que surge de las experiencias para luego vincularlas con las desconexiones traumáticas de la niñez y con las brechas en la comprensión. Cualquiera que sea el enfoque, el analista aprovecha las oportunidades que se le presentan para considerar el narcisismo objetal del analizando y para emplearlo de manera constructiva. Esta labor psicoterapéutica del analista da lugar a que el analizando desarrolle sentimientos de seguridad, de autoestima y *un sentido de la deficiencia* que va desplazando lentamente la sensación de peligro, los sentimientos negativos de sí mismo y los conflictos o acciones irracionales que suelen predominar en el inicio del análisis.

Séptimo ejemplo

El Sr. M, un ejecutivo de treinta años que había logrado un éxito notable, recurrió al tratamiento cuando reparó en la fuerza de su compulsión por conquistar sexualmente a las mujeres para seguidamente huir de ellas. Después de dieciocho meses de tratamiento analítico, se vio haciendo lo mismo de manera reiterada con el analista. Luego de interpretar una diversidad de angustias neuróticas y narcisistas, y principalmente su vergüenza por su debilidad, su temor al peligro de ser demasiado dependiente y sus preocupaciones vinculadas con la homosexualidad, fue desarrollando la idea de que debía existir una causa más fundamental que explicase sus huidas compulsivas. Pensó que él y el analista podrían llegar a descubrir que en lo más profundo él era un "vacío", en la misma medida en que su niñez había estado "vacía de afecto manifiesto". El esperaba que el analista rechazara esta idea como una idea autoindulgente e ilógica o que la interpretase como una defensa. No obstante, el hecho de que aceptase su reconocimiento de una carencia en el lugar donde debía haber una persona lo condujo a un rápido cambio de sus percepciones y de sus sentimientos al respecto.

vacío = evitación = narcisismo objetal = presentación del síntoma.

se tornó en

el vacío = la deficiencia específica = "fuga", "vaciamiento" (jerga negra) = un aspecto de su trauma.

La deficiencia pudo comprenderse y consolidarse en su mente y en el pasado: el presente se tornó significativo. El Sr. M empezó a creer que, con la ayuda del analista, el futuro podría ser diferente.

Los analizandos, tal como lo ilustra el caso del Sr. M, cada vez más conscientes de que el aumento del sentimiento de seguridad, el respeto por sí mismo y la esperanza se encuentran vinculados de manera directa con los esfuerzos del psicoanalista. A medida que el analista se convierte en un objeto primario del analizando, aumenta el sentimiento de esperanza en que las necesidades insatisfechas y las experiencias incontrolables lleguen a superarse en el marco de la relación psicoanalítica y a través de ésta. En el curso del desarrollo de esta conciencia, tal vez sin que el analista llegue a reparar en ello, el analizando ingresa a la fase siguiente, lo cual constituye una afirmación de su capacidad para relacionarse primariamente.

Fase 2: El establecimiento de la capacidad para la relación primaria

La comprensión intuitiva de la capacidad para la relación primaria por el analista con frecuencia tiene escasas repercusiones en las etapas tempranas del análisis. Sin embargo, en determinado momento, el analizando con un estado mental de apertura puede tomar conciencia de su capacidad para relacionarse primariamente y del riesgo o de las implicaciones de desarrollar tal vinculación con el analista. El analizando puede transmitir con aprehensión y consternación que "hasta entonces todo había estado mal" o darse cuenta de que "tiene que recomenzar su vida con el analista" o puede soñar que es adoptado por el analista o que se casa con éste. Balint lo observó ya en 1937: "Sólo puedo curar a las personas que, en el curso del trabajo analítico, pueden adquirir la capacidad de intentar empezar a amar nuevamente".

Octavo ejemplo

La Srta. J, de 38 años de edad, directora de un organismo para refugiados, recurrió al psicoanálisis por estar demasiado preocupada por su trabajo y por su incapacidad para mantener una relación íntima. En los primeros años de su tratamiento analítico, su funcionamiento fue principalmente neurótico y se caracterizó por episodios ocasionales de interacción autodestructiva estereotipada. Cuando los aspectos vinculados con ella misma en tanto que persona integral surgieron en la forma de vivencias tales como sus sentimientos de ser rechazada y la dificultad de ser ella misma en presencia de los demás, surgió en ella un sentimiento de excitación mezclado con terror y resentimiento en la transferencia. La excitación se debía a que el análisis parecía haber empezado a abrir nuevas posibilidades de vivir para ella; este sentimiento se fundaba en su convicción de que el analista estaba comprometido con ella y la valoraba (*id est*, que la relación primaria se había establecido

y estaba disponible para ser empleada). El terror y el resentimiento se debían al hecho de que parecía que el análisis jamás llegaría a su fin y que la absorbería por completo (*id est*, que las reacciones objetales narcisistas se intensificarían). La Srta. J empezó a desesperarse por terminar el análisis en lugar de convertirse en el agente del proyecto grandioso del analista, según sus propias palabras. Este estado se consideró una reacción terapéutica positiva y, como se previó, correspondía al hecho de que ella había tenido que ceñirse a los propósitos de sus padres. Finalmente, desechó su intención de abandonar el tratamiento y empezó a sentirse más comprometida a realizar el trabajo analítico.

No es sorprendente ni poco razonable que la confianza y el compromiso en el caso de los individuos dañados vayan surgiendo de manera lenta y secreta y sólo sobre la base de muchas pruebas. En esta fase, hemos puesto de relieve el punto crucial en el que se reconoce de manera explícita y mutua la relación primaria. Uno de los signos más claros aparece cuando el analizando expresa de manera manifiesta que ha echado de menos al analista durante el intervalo del fin de semana o durante el período de vacaciones (cf. Sexto ejemplo): con frecuencia pasan varios años antes de que esto ocurra.

Es de suponer que las descripciones anteriores, que se fundan en análisis en los cuales el analista ha previsto el surgimiento de la represión primaria y de la capacidad para relacionarse primariamente naturalmente a éstas, no se apliquen a aquellos análisis en los cuales el analista considera que éste constituye un rol que debe evitar, minimizar o negar. Por ejemplo, uno de los signos comunes de la proximidad del surgimiento de la represión primaria es el deterioro físico o psicológico. Esto se debe a que el estado traumático se caracteriza por la desorganización mental y física. Cuando se le enfoca correctamente como el resurgimiento del trauma que se deriva de la represión primaria, el deterioro severo puede ofrecer una oportunidad para que el paciente y el analista reconozcan explícita y mutuamente la existencia y el significado de relacionarse primariamente (cf. Décimo ejemplo).

No obstante, podemos imaginar que, en algunos casos, puede ser necesario para el analizando recurrir al deterioro inexorable y aterrador con el fin de lograr que el analista participe en la relación primaria. En estas situaciones, el analista se ve forzado a admitir que su trabajo interpretativo es inútil y siente que no puede evitar afrontar el deterioro. Existen dos posibilidades determinantes: se llega a la conclusión de que el análisis es inmanejable tanto para el paciente como para el analista y se procura la terminación del tratamiento, o el analista empieza a actuar. En este último caso, el analista percibe, a pesar suyo, que sería adecuado adaptar y ofrecer alguna forma de "cuidados directos". El cuidado directo que se describe generalmente en los escritos analí-

ticos supone una valoración y una aceptación activas del analizando, supone además que se reconozcan y se reflejen sus experiencias, mostrarse intensamente atento y preocupado llegando ocasionalmente a recurrir a la acción para asistir al paciente, en otras palabras, supone permitir, finalmente, la manifestación de la capacidad para relacionarse primariamente.

Resulta paradójico que el analista tenga que adaptarse de esta manera y admitir o interpretar simultáneamente el fracaso. Esto tiene la finalidad de minimizar la idealización por parte del paciente y para manifestar el reconocimiento del sentido de autoridad del paciente de que jamás debió permitirse que ocurra tal trauma ni que vuelva a ocurrir de nuevo. Si se maneja adecuadamente la relación primaria, el paciente surgirá en tanto que persona total (con frecuencia con una imagen de sí mismo como niño) que se preocupa por su vida en lugar de preocuparse por sus síntomas. El caso que presentamos a continuación ilustra la mayor parte de estos aspectos (cf. también el Decimotercer ejemplo). Este caso satisface los criterios para una reacción terapéutica positiva a pesar de haber sido presentado como un caso de reacción terapéutica negativa.

Noveno ejemplo: (Levy, 1982)

La Srta. Z, de treinta años de edad, había sufrido de depresión y de retraimiento a raíz de una relación íntima permanente con un hombre. El Dr. Levy describe un tratamiento analítico convencional fundado en la suposición de un funcionamiento neurótico. Sin embargo, al inicio del tercer año de tratamiento, cuando parecía posible lograr la mejoría, la paciente empezó a manifestar desinterés en el análisis y finalmente declaró que intentaba terminar el tratamiento. La paciente se negó a cooperar en el análisis de esta decisión y manifestó "que no estaba dispuesta a seguir acatando las reglas" (impuestas por el analista). No obstante, el analista insistió con las interpretaciones convencionales del modelo de conflicto-impulso-defensa y los síntomas de la paciente volvieron a surgir y se fueron agravando. El Dr. Levy señala: "la brecha entre nosotros se tornaba cada vez más profunda". El analista empezó a experimentar angustia ante el deterioro de la paciente y comenzó a fantasear la aparición de la psicosis. "Su angustia y su sufrimiento se tornaron intolerables para mí. Entonces, decidí modificar mi enfoque analítico estándar". El Dr. Levy empezó a orientar su atención a la experiencia real de la paciente, aclarándola y ofreciendo sus observaciones a la paciente; aceptó su decisión de terminar el tratamiento. Durante un periodo de dos meses, la paciente se fue recuperando lentamente y luego se sumió en un silencio prolongado hasta la semana anterior a la terminación. Llegado el momento, manifestó que deseaba continuar con su análisis y refirió un sueño para someterlo a exploración. "Di a luz a un bebé que tenía un defecto en el corazón. Un doctor le transplantó un corazón y el estado del bebé era normal", luego se puso a llorar. En la siguiente sesión, la paciente habló acerca del odio que sentía hacia su madre. Refirió otro sueño que, según la paciente, también refleja-

ba "la historia de mi vida". El Dr. Levy concluye señalando que "en los siguientes tres años y medio de análisis continué con el enfoque interpretativo estándar"

Fase 3: El establecimiento de una nueva estructura psíquica

La conjunción de encontrarse en un estado de necesidad y de relacionarse primariamente de manera implícita trae como resultado el resurgimiento de escenas traumáticas en la transferencia y la posibilidad de confrontar directamente los acontecimientos pasados y las necesidades insatisfechas. Nuevamente, el analista o el paciente pueden confundir el cambio terapéutico positivo con el deterioro, puesto que el paciente puede inhibirse de la acción ejecutiva, característica del trauma, o puede manifestar desorganización mental o una nueva actuación vívida de algún aspecto de los acontecimientos traumáticos. No obstante, en todos los casos, el manejo, tanto por el paciente como por el analista, de este revivir empieza a generar una comprensión profunda. Tanto el paciente como el analista se tornan conscientes de los cambios inesperados e imprevistos en las actitudes, de la evolución de las relaciones de la vida real, y del desarrollo de la conciencia emocional. Nuevamente, dejaremos para otra ocasión los detalles técnicos del trabajo analítico de esta fase, sin embargo, es necesario describir el proceso mental de reparación.

Tal como se ha conceptualizado en el presente artículo, el proceso de reparación supone tener determinadas experiencias *por primera vez*. El analizando ya se encuentra preparado para desarrollar una comprensión profunda de los acontecimientos que lo afectaron, de la continuidad histórica de su vida, de sus necesidades básicas en tanto que ser humano, y de sus limitaciones y posibilidades en el futuro. Desde una perspectiva técnica, la ausencia de representación que caracterizaba la represión primaria ahora debe convertirse en estructura psíquica basada en el deseo. Durante este proceso, la presencia y la actividad del analista sirve de cimiento sobre el cual el paciente puede edificar la nueva comprensión necesaria. Las etapas previas de representación se manifiestan con frecuencia y el analista debe reconocerlas como la manera en que se produce el crecimiento mental; y no debe confundirlas como evidencia de una patología (que podría ser su significado en una etapa más temprana del análisis). Estas etapas previas pueden describirse mejor como formas primitivas de simbolización. Estas incluyen la comunicación corporal, las ecuaciones simbólicas, el empleo de palabras como cosas en lugar de abstracciones, experiencias delusivas o alucinatorias aisladas y la psicosis paranoide (transferencial) manifiesta.

Décimo ejemplo: Comunicación corporal (Cohen, 1981)

La Sra. F, una mujer casada de cuarenta y tres años de edad, recurrió a la psicoterapia con el fin de que le ayudase a afrontar sus problemas situacionales vinculados con su divorcio. Al plantearse la posibilidad de empezar un tratamiento psicoanalítico, surgieron indicios de una niñez donde hubo tratamiento cruel. Su capacidad para relacionarse primariamente se desarrolló, tal como lo manifestaron sus intensas ansias ocasionales por el analista después de las sesiones. Cuando se completó la terapia y se debía tomar una decisión con respecto al tratamiento psicoanalítico, la Sra. F se presentó a su sesión luciendo bastante enferma. Se sentía mentalmente desorganizada y manifestó que no había podido hacer nada durante ese día, aparte de acudir a su sesión. Se había despertado con un agudo dolor de cabeza y había vomitado varias veces y manifestó que hubiese aceptado asistencia médica y abandonado la idea del análisis. No obstante, en vista de la desorganización generalizada, el analista trató su dolor de cabeza como una comunicación corporal y la invitó a explorar la posibilidad de que estuviese reviviendo una experiencia traumática del pasado. Entonces, ella refirió un sueño: *Se encontraba en un establo de caballos y se le ordenó que se dejara patear por un caballo. El caballo le pateó la cabeza.* La paciente y el analista pudieron vincular fácilmente este sueño con el abuso físico y sexual por parte de su padre, del que había sido víctima la paciente en el pasado, y lo vincularon con la transferencia. La paciente sintió y pudo comprender que era necesario que reviviese y reelaborase su pasado.

Undécimo ejemplo: Una psicosis leve con la ecuación de ausencia y pérdida

El Sr. A, un hombre casado de treinta y nueve años, era un ejecutivo de éxito que se vio repentinamente asaltado por preocupaciones homosexuales, depresión y una angustia que se derivaba de la presión que estaba ejerciendo su jefe sobre él para que se esforzara en obtener un puesto más alto. El trauma que se descubrió fue la pérdida de su padre a la edad de ocho años, acontecimiento al que él jamás había brindado demasiada importancia. Cuando se le pudo señalar lo serio que este acontecimiento era para él y se le vinculó con sus reacciones hacia su jefe y su analista, el Sr. A empezó a experimentar una soledad intensa y unas ansias dolorosas por el analista que se alternaban con sus intentos de controlar al analista o de huir de éste. El paciente sentía que se estaba volviendo loco y, durante una ausencia del analista que se prolongó por varios días, se sintió embargado por el terror de que no volviese jamás. Esta experiencia dio lugar a una comprensión profunda de lo que había significado para él la muerte de su padre.

Decimosegundo ejemplo: Delusión aislada

El Sr. C, un estudiante, recurrió al tratamiento porque sentía una angustia de carácter difuso y por su retraimiento esquizoide de todas sus relaciones. Después de algún tiempo en el tratamiento, el paciente refirió que después de salir de su sesión se había dado cuenta, de manera repentina, que estaba infestado de piojos. Consultó con su médico de cabecera quien le aseguró que no tenía piojos. No obstante, antes de acudir a su siguiente sesión, tomó un baño me-

dicado y no dejó de pensar que estaba infestado. Se le sugirió que "le estaba caminando la hostilidad por el cuerpo" a causa del malentendido que había surgido en la sesión anterior, lo cual dio lugar a una confirmación que se manifestó con un torrente de quejas y acusaciones. Entonces, se le pudo explicar el episodio completo en términos de su experiencia infantil de haber sido incomprendido de manera persistente o incluso deliberadamente confundido (en otras palabras, se le pudo explicar el trauma). El paciente pudo recordar el odio casi intolerable que no había podido expresar antes, el odio que había sentido hacia sus padres. Hacia el final de la sesión, abandonó para siempre la idea de estar infestado de piojos. Esta idea fue reemplazada por una pequeña dosis de comprensión.

La acción constituye un precursor de la comprensión que merece una mención especial. En ausencia de representación, la persona se ve forzada a expresar sus necesidades y estados internos a través de la acción y provocando la acción del ambiente, incluido el analista. Denominamos *representación evolutiva* a este tipo especial de acción orientada a la autotransformación en relación con la simbolización del *acting-out* evolutivo. El *acting-out* evolutivo difiere del *acting-out* defensivo, impulsivo o gratificante (Sandler *et. al.*, 1973, cap. 9). Este término alude a la acción que, en virtud de la ausencia de deseos, se convierte en el único medio disponible para lograr cierta perspectiva y conciencia de algunas necesidades y experiencias o para afirmar la identidad y el estado maduro de separación (cf. Gaddini, 1982b). Lipin (1963) denomina "réplicas" a este subgrupo de actuaciones que constituyen reproducciones actuales de los acontecimientos traumáticos del pasado. La producción de réplicas puede conducir a la reconstrucción o a la interpretación pero su facilitación y su manejo no son de carácter interpretativo.

En el curso del *acting-out* evolutivo, el paciente puede experimentar de manera consciente una lucha con necesidades intensas, con el sufrimiento psíquico, con la sensación de vulnerabilidad o con la angustia vinculada con la pérdida de las fronteras. Puede ser necesario que, en lugar de interpretar, el analista coopere y atienda a lo que el paciente le solicita o que le explique por qué no ha cooperado de maneras no apropiadas en otras etapas del análisis. En algunos casos, es el analista el que lucha y que, en última instancia, recurre a la acción con la esperanza de recibir alguna respuesta por parte del paciente.

Decimotercer ejemplo: (Rosenfeld, 1978)

A pesar de haber sufrido durante su niñez, el paciente del Dr. Rosenfeld presentaba una personalidad cálida. Después de dos años y medio de tratamiento analítico, el paciente empezó a tornarse cada vez más hostil y crítico. Sus acusaciones dirigidas contra el analista, sus comentarios y sus actitudes no verbales se fueron volviendo cada vez más violentos e irracionales hasta que el cuadro clínico

cohró las características de una "psicosis transferencial". Se consideró que se había tornado imposible lograr que el paciente participara en la interpretación analítica y que se había llegado a un *impasse*. Finalmente, el paciente decidió abandonar el tratamiento en el plazo de dos semanas. Entonces, el Dr. Rosenfeld le pidió que se sentara y lo alentó a que volviera a exponer todas sus acusaciones y molestias. Aunque no abandonó su actitud crítica y hostil, el paciente aceptó la propuesta. El Dr. Rosenfeld señala: "durante estas sesiones exploratorias, no le ofrecí al paciente ninguna interpretación y adopté una actitud completamente, receptiva, empática y atenta. Asimismo, me dediqué a examinar minuciosamente mi contratransferencia en vista de que el paciente se quejaba constantemente de que mi tensión lo perturbaba. "Un día antes de que se cumpliera el plazo para la terminación del análisis, el paciente decidió continuar con el tratamiento; su actitud hostil desapareció y volvió a emerger su anterior calidez,

De acuerdo con nuestra teoría, estas viñetas reflejan un proceso analítico natural. Suponemos que este paciente recurrió a la situación analítica para producir una réplica de la situación traumática. En su búsqueda de comprensión, el paciente permitió que el nivel simbólico de su comunicación se tornase cada vez más primitivo, primero irracional, luego psicótico, y finalmente basado en la acción. Enfrentaba la amenaza de la muerte del análisis y el peligro de ser rechazado y de que se repitiese el trauma. Felizmente, el analista intervino para establecer la relación primaria de manera inequívoca y para brindarle al paciente la experiencia interpersonal reparativa que éste necesitaba de manera objetiva.

INTUICION O TEORIA

La teoría debe constituir un marco de referencia vital y útil para la práctica del psicoanálisis. Este marco nos debe brindar un plano de fondo para la comprensión que se entretaja con el carácter inmediato de la respuesta intuitiva en la situación clínica. Una teoría útil le sugerirá al psicoanalista lo que debe esperar durante el tratamiento e influirá en su técnica. Sin el respaldo de una teoría pertinente, la angustia y la inseguridad del analista se incrementarán rápidamente, lo cual dará lugar al surgimiento ya sea de una actitud defensiva y rígida o a la infracción creativa y espontánea de las reglas. Felizmente, el último caso se presenta con una frecuencia reconfortante. Nuestro último ejemplo está vinculado con otro analista creativo que consigue conducir a su paciente a lo que esperamos que el lector ya reconozca como el modelo clínico estándar de una reacción terapéutica positiva (RTP) posterior al deterioro típico y al surgimiento de las formas primitivas de simbolización intrínsecas a la reparación de la represión primaria.

Decimocuarto ejemplo: Kohut (1984; págs.178-183)

El paciente, un profesional de alrededor de cincuenta años de edad, se había sometido a varias terapias previas sin lograr ninguna mejoría. Este decidió hacer un nuevo intento con el Dr. Kohut a quien escuchó hablar. En esa oportunidad, el paciente quedó impresionado por la actitud humana, sencilla y directa del Dr. Kohut (*establecimiento temprano de la capacidad para la relación primaria explícita*). Al inicio, el análisis se desarrolló en una atmósfera de cooperación, aunque el paciente sufría de dolores de cabeza antes de sus sesiones y se quejaba constantemente del trato que le habían dado sus anteriores terapeutas y sus padres. Más adelante, alrededor de un año después del inicio del tratamiento, el paciente empezó a dedicar la mayor parte de sus sesiones, sin ningún propósito aparente, a la descripción detallada de sus dolores de cabeza y dejó de responder a las interpretaciones convencionales que se le ofrecían (RTP *Fase 1: narcisismo objetivo persistente*). Entonces, el Dr. Kohut le sugirió al paciente que "aunque paradójico, el deterioro de [su] condición constituía parte integral de su mejoría ... [y] ... en consecuencia... se estaba sintiendo continuamente traumatizado y abrumado" (RTP *Fase 2: activación de una autoimagen negativa*). Después de una breve respuesta favorable, el paciente "empezó ... a acusar [al analista] de carecer de toda capacidad de comprensión y de estarlo arruinando" (RTP *Fase 3: descarga de acusaciones y hostilidad directas hacia el objeto*). "La condición psíquica [del paciente] empeoró de manera alarmante" (*surgimiento del estado traumático*) y se tornaba cada vez más paranoide (*surgimiento de las formas primitivas de simbolización*). El Dr. Kohut revela de manera franca que, en el punto álgido, "me preguntaba simplemente si no sería mejor interrumpir el tratamiento y referir al paciente a otro terapeuta para que se sosiegase" (*rechazo y abandono del paciente y repetición del trauma de la niñez*). Durante este período, el paciente "no sólo albergaba sospechas y las manifestaba sino que procedió a actuar de acuerdo con sus conjeturas". llevó su televisor al taller de reparación para que verificasen si no lo habían alterado para que su sonido fuese estridente y destemplado (*acting-out evolutivo cuyo significado simbólico no es claro para las personas ajenas*). El analista aceptó los reproches, y surgió un material específico vinculado con el fracaso del padre en promover el desarrollo masculino del analizando (*recuperación de un aspecto de un trauma infantil*).

A partir del material que se nos ofreció, podemos considerar que el psicoanalista no estaba muy al tanto del carácter típico de este proceso en su totalidad. El analista, al parecer, afrontó su necesidad de abandonar al paciente con pura determinación y no a partir del reconocimiento de ésta en tanto que producto de la experiencia pasada del paciente (*id est*, en tanto que contratransferencia). Por cierto, desde una perspectiva teórica, el Dr. Kohut sugiere que sólo resta decir acerca de esta fase difícil y decisiva de este análisis que "la transferencia estaba encajando en su lugar" (p. 178). Kohut señala que sus propias teorías lo ayudaron, no obstante con esto sólo quiere decir que el analista debe "resonar empáticamente, con una actitud abierta y no defensiva, con lo que el paciente está experimentando" (p. 182).

Sus propias teorías acerca de la transferencia y el narcisismo, tal como se resumen al final de la viñeta (p. 183), no resultaron, al parecer, ni pertinentes ni útiles para el trabajo analítico detallado que se debía realizar. Su principal llamado parece estar orientado a que “el analista continúe aceptando sinceramente las [experiencias] del paciente en tanto que (psicológicamente) realistas” (p. 182).

El manejo de la transferencia a través de una respuesta empática e intuitiva que se establece en un marco de aceptación auténtica *no constituye un precepto práctico sino un ideal del trabajo psicoanalítico* que pocos se aventurarían a recusar. El problema práctico consiste en descubrir cómo se puede ayudar al analista a alcanzar este ideal. El reproche que el Dr. Kohut le hace a los analistas que afrontan este problema con demasiada dificultad —que “no pueden soportar el calor” de una transferencia desplegada en toda su magnitud (p. 183)— es tal vez injusto. Si un psicoanalista sabe que puede esperar, entonces a la larga éste será capaz de afrontar las dificultades inherentes a la fase de surgimiento del trauma y de la represión primaria. Ni las exhortaciones a adoptar actitudes de sinceridad o empatía, ni las teorías extremadamente abstractas ni los lemas simplistas (como “interpretar la transferencia”) resultan suficientes. Lo que necesita el analista, si se espera que éste “soporte el calor”, son descripciones directas de lo que probablemente deberá afrontar y algunas explicaciones que lo ayuden a comprender estas descripciones. En el presente artículo, hemos intentado ofrecer esta orientación mediante la categorización de los fenómenos pertinentes y ofreciendo la teoría y los conceptos necesarios.

CONCLUSION

El presente artículo se ha centrado en la presentación clínica de la represión primaria y ha tratado brevemente el problema de su manejo clínico. Sólo se han introducido los aspectos teóricos necesarios para hacer más simple la explicación y la descripción. Descubrimos que la noción temprana y fundamental de Freud de la represión primaria, al elaborarse a la luz de los descubrimientos teóricos y clínicos actuales, se convierte en un concepto central de gran utilidad. Muchos pensadores psicoanalíticos han tratado de compensar el hecho de haber descuidado la represión primaria mediante el redescubrimiento o la reconceptuación de algunos de sus fenómenos que la forman. Los casos que se presentan en este artículo a manera de ilustración y en el Apéndice sugieren que cuando estos fenómenos que no se han tomado en cuenta surgen en el curso del análisis éstos pueden afrontarse de manera intuitiva o darse por sentados. No obstante, esta intuición así como la

espontaneidad y la creatividad pueden contar con un valioso aliado cuando se sustentan en una teoría aplicable como la que acabamos de presentar.

Sin la teoría de la represión primaria, el analista en su práctica clínica podría verse sorprendido o atemorizado por el resurgimiento de los estados traumáticos. Además, el analista podría confundir el progreso terapéutico que se presenta como un deterioro con el fracaso de la terapia y podría aumentar las probabilidades de que se produzca una catástrofe significativa. Los peligros inherentes al psicoanálisis no han sido objeto de suficientes estudios, probablemente debido a la ausencia de un marco teórico claro que los prevea. En el presente artículo se plantea que la catástrofe se encuentra arraigada en la persistencia del trauma y en la influencia del inconsciente no reprimido que se activa en el contexto de la relación terapéutica.

Las ideas que se presentan en este artículo también constituyen una contribución inicial a la solución de la polaridad controvertida y de alguna manera irreal que se encuentra vinculada con la repercusión de los acontecimientos externos en la vida mental. Si bien resulta imposible recuperar los detalles exactos de los acontecimientos pasados, se considera que el trabajo que apunta a lograr una perspectiva objetiva de las experiencias significativas dolorosas y destructivas constituye un componente del desarrollo saludable. Este trabajo resulta difícil al inicio del análisis debido a que el paciente niega los acontecimientos pasados, los subestima o se vale de éstos para eludir la responsabilidad y para alimentar la gratificación autoaniquiladora. El proceso de reconstrucción del pasado, una vez que se han superado estos hábitos mentales, requiere un estudio más profundo.

Otro de los aspectos que deben ser investigados es el proceso por el cual se desarrollan los estados de narcisismo objetal y neurosis para luego ser abandonados. Hemos explicado que los acontecimientos traumáticos y la reparación de la represión primaria típicamente no pueden ser enfocados hasta después de varios meses o incluso varios años de trabajo analítico con estos estados. Por tanto, es mucho lo que se ha llegado a comprender acerca de su fenomenología y sus requisitos técnicos. No obstante, es relativamente poco lo que se sabe acerca de las condiciones para lograr la transición a la capacidad para relacionarse primariamente, acerca de las vicisitudes de esta transición y acerca del trabajo posterior al establecimiento de la capacidad para relacionarse primariamente. El mensaje fundamental de que el crecimiento emocional constituye la reparación de la represión primaria en el contexto de la capacidad para relacionarse primariamente sólo nos conduce hasta este punto; aunque resulta más fácil decirlo que hacerlo. Nos proponemos, en otro artículo, en-

focar más detalladamente la elaboración de modelos de un trabajo psicoanalítico que apunte a procurar deliberadamente el crecimiento emocional.

El presente artículo también revela las brechas en nuestra comprensión de aspectos fundamentales tales como el trauma, la acción, las necesidades y el inconsciente. Si se lograra formularlos más adecuadamente, entonces, en conjunción con los planteamientos de este artículo, sería posible ir más allá del consultorio y ofrecer una comprensión práctica más profunda de aspectos tales como el rol de los padres, los acontecimientos de la vida, las enfermedades físicas y el malestar social.

RESUMEN

En una reciente reformulación de la teoría de la represión (Cohen & Kinston, 1984) el concepto, por mucho tiempo oscuro e inaplicable, de represión primaria permaneció en un lugar preciso. Este artículo examina específicamente sus propiedades y manifestaciones. La represión primaria está relacionada con una ausencia de estructura psíquica que puede hacerse positiva en el proceso de crecimiento emocional. Es una región de la mente donde el trauma persiste, y tiene una conexión estrecha con el inconsciente no reprimido. La emergencia directa de la represión primitiva es una amenaza para la vida y su activación es por tanto riesgosa. Durante el psicoanálisis, la represión primaria se evita normalmente por el narcisismo objetal sostenido por defensas neuróticas, pero puede llegar a trabajarse en presencia de una relación valiosa y de sustento no internalizable que designamos como "relación primaria". Esta relación es, por tanto, el contexto interaccional para el crecimiento emocional. Se presentan numerosos ejemplos clínicos para mostrar rasgos propios de esta región de la mente tal como es vista por el psicoanálisis. Se ilustran experiencias de paciente y analista de relación primariamente; el consiguiente surgimiento de estados traumáticos y necesidades insatisfechas, al principio con fre-

cuencia bajo la forma de deterioro psicológico y físico severo; formas primitivas de simbolización durante el proceso de reparación de la represión primaria; y el rol de la acción en el crecimiento emocional.

RESUMO

Numa recente reformulação da teoria da repressão, o recalque originário, conceito por muito tempo obscuro e inutilizável, recebeu um lugar preciso (Cohen e Kinston, 1984). Este artigo examina especificamente suas propriedades e manifestações. O recalque originário se refere a uma ausência de estrutura psíquica que pode tornar-se positiva no processo de desenvolvimento emocional. É uma zona da mente onde o trauma persiste, e tem uma conexão estreita com o inconsciente não recalçado. A emergência direta do recalque originário constitui uma ameaça para a vida e, sua ativação é por isto arriscada. Durante a psicanálise o recalque originário costuma ser evitado pelo narcisismo objetal sustentado pelas defesas neuróticas. Entretanto pode chegar a ser trabalhado e elaborado quando existe uma relação valiosa e enriquecedora, não internalizável, que chamamos "relação primária". Esta relação constitui, assim, o contexto interaccional para o crescimento emocional. O artigo fornece numerosos exemplos clínicos para demonstrar características próprias desta zona da mente, tal como são vistas pela psicanálise. Estão ilustradas experiências entre paciente e analista ao estabelecer a relação primária, e o conseqüente reaparecimento dos estados traumáticos e das necessidades insatisfeitas frequentemente no início sob a forma de uma deterioração psíquica e física grave; também as formas primárias de simbolização no curso da reparação do recalque originário e o papel da ação no desenvolvimento emocional.

REFERENCIAS

- BALINT, M. (1937). Early developmental states of the ego. Primary objet-love. En *Primary Love and Psychoanalytic Technique*. Londres: Hogarth, 1952.
- (1959). *Thrills and Regressions*. Londres: Hogarth.
- (1968). *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. Londres: Tavistock Publ.
- BETTELHEIM, B. (1943). Individual and mass behaviour in extreme situations. *J. Abnorm. Psychol.*; 38: 417-452.
- (1972). Regression as progress. En *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy*, ed. P. L. Giovacchini. Londres: Hogarth and Institute of Psychoanalysis, págs. 189-199.
- CANNON, W. B. (1942). "Voodoo" death. *Amer. Anthropol.*, 44: 169. Reimpreso en *Psychosom. Med.*, 19: 182-190 (1957).
- CARRIGHAR, S. (1965). *Wild Heritage*. Boston: Houghton Mifflin Co.
- COHEN, J. (1980). Structural consequences of psychic trauma: A new look *Beyond the Pleasure Principle*. *Int. J. Psychoanal.*, 61: 421-423.
- (1981). Theories of narcissism and trauma. *Amer. J. Psychother.*, 35:93-100.
- (1985). Trauma and repression. *Psychoanal. Inquiry*, 5: 163-189.

- & KINSTON, W. (1983). Repression theory: A new look at the cornerstone. *Int. J. Psychoanal.*, 65: 411-422.
- COLLOMB, H. (1976). Death as a determinant of psychosomatic syndromes in Africa. *J. Amer. Acad. Psychoanal.*, 4: 227-236.
- COOLIDGE, J.C. (1969). Unexpected death in a patient who wished to die. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 17: 413-420.
- DE MAUSE, L. (1974). The Evolution of Childhood. En *The Evolution of Childhood*, ed. L. De Mause. Nueva York: Psychohistory Press.
- DEVEREUX, G. (1980). Pathogenic dreams in non-Western societies. En *Basic Problems in Ethnopsychiatry*, ed. G. Devereux. Chicago: Univ. Chicago Pres.
- DOWLING, S. (1982). Dreams and dreaming in relation to trauma in childhood. *Int. J. Psychoanal.*, 63: 157-166.
- EITINGER, L. (1964). *Concentration Camp Survivors in Norway and Israel*. Londres: Allen and Unwin.
- ELLENBERGER, H. F. (1970). *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. Londres: Allen Lane-Penguin.
- ENGEL, G. L. (1971). Sudden and rapid death during psychological stress-folklore or wisdom? *Ann. Intern. Med.*, 74: 771-782.
- ERIKSON, E. H. (1950). *Childhood and Society*. Nueva York: Norton.
- FISHER, H. & DLIN, B. (1971). Man's determination of his time of illness or death: anniversary reactions and emotional deadlines. *Geriatrics*, 26:89-94.
- FRANK, A. (1969). The unrememberable and the unforgettable: passive primal repression. *Psychoanal. Study Child*, 24:48-77.
- FREEMAN, D. (1967). Shaman and incubus. En *Psychoanalytic Study of Society*, Vol. 4. ed. W. Muensterberger & S. Axelrad. Nueva York: Int. Univ. Press.
- FREUD, A. (1967). Comments on trauma. En *Psychic Trauma*, ed. S.S. Furst. Nueva York: Basic Books, págs. 235-245.
- FREUD, S. (1913). On beginning the treatment. *S.E.* 12.
- (1920). Beyond the pleasure principle. *S.E.* 18.
- (1940). An outline of psychoanalysis. *S.E.* 23.
- GADDINI, E. (1982a). Early defensive fantasies and the psychoanalytic process. *Int. J. Psychoanal.*, 63: 379-388.
- (1982b). Acting out in the psychoanalytic session. *Int. J. Psychoanal.*, 63: 57-64.
- GILL, M & BRENNAN, M. (1959). *Hypnosis and Related States*. Nueva York: Int. Univ. Press.
- HOFFER, W. (1956). Transference and transference neurosis. *Int. J. Psychoanal.*, 37: 377-379.
- KARDINER, A. (1941). *The Traumatic Neuroses of War*. Nueva York: Hoeber.
- KINSTON, W. (1980). A theoretical and technical approach to narcissistic disturbance. *Int. J. Psychoanal.*, 61: 383-394.
- (1982). An intrapsychic developmental schema for narcissistic disturbance. *Int. J. Psychoanal.*, 9: 253-261.
- (1983a). A theoretical context for shame. *Int. J. Psychoanal.*, 64: 213-226.
- (1983b). The positive therapeutic reaction. *Scand. Psychoanal. Rev.*, 6: 11-127.
- KOHUT, H. (1984). *How Does Analysis Cure?*. Chicago: Univ. Chicago Press.
- KRIS, E. (1952). *Psychoanalytic Explorations in Art*, Ch. 13. Nueva York: Int. Univ. Press.
- KRYSTAL, H. (1978). Trauma and affects. *Psychoanal. Study Child*, 33: 81-116.
- LAPLANCHE, J & PONTALIS, J-B(1973). *The Language of Psychoanalysis*. Londres: Hogarth and Institute of Psychoanalysis.
- LEVY, J. (1982). A particular kind of negative therapeutic reaction based on Freud's "borrowed guilt". *Int. J. Psychoanal.*, 63: 361-368.
- LIPIN, T. (1963). The repetition compulsion and 'maturational' drive representatives. *Int. J. Psychoanal.*, 44: 389-406.
- MATHIS, J. (1964). A sophisticated version of voodoo death. *Psychosom. Med.*, 26: 104-107.
- MATTE-BLANCO, I. (1975). *The Unconscious as Infinite Sets*. Londres: Duckworth.
- MILTON, G. (1973). Self-willed death or the bonepointing syndrome. *Lancet*, i: 1435-1436.
- RAPPAPORT, D. (1958). The theory of ego autonomy: A generalization. *Bulln. Menninger Clin.*, 22: 13-35.
- RAYBIN, J. (1970). The curse: a study in family communication. *Amer. J. Psychiat.*, 127: 617-625.
- RECHHARDT, E. (1983). Discussion of W. Kinston, and J. Cohen, "Repression in the light of object relations theory's". 33er. Congreso Internacional de Psicoanálisis, Madrid, 26 de julio.
- ROSENFELD, H. (1978). Notes on the psychopathology and psychoanalytic treatment of some borderline patients. *Int. J. Psychoanal.*, 59: 215-221.
- (1964). On the psychopathology of narcissism: a clinical approach. *Int. J. Psychoanal.*, 45: 332-337.

APENDICE

Resulta más fácil asociar el enfoque técnico que se halla implícito en este artículo con una línea —particular y, para algunos, no ortodoxa— de desarrollo psicoanalítico que parte de Ferenczi, pasa por Balint y Winnicott, hasta llegar a Khan y Kohut. No obstante, en la actualidad, son abundantes los ejemplos clínicos de pacientes que requieren el recurso a la acción o a otra actividad radical no-interpretativa o cuya propia acción se ve facilitada dentro o fuera de la sesión. Más aún, parece que gran parte de nuestros argumentos se aceptan de manera no oficial sin

que éstos hayan sido integrados teóricamente en el psicoanálisis. Prácticamente todos los números del *International Journal of Psycho-Analysis* en los últimos diez años contienen ejemplos que lo confirman. Hemos extraído los siguientes ejemplos de las Partes 1 y 2 de los Volúmenes 61 (1980 - *New York Congress Papers*)* para ofrecerlos como evidencia de que la respuesta activa a las necesidades, la corrección de las deficiencias de la experiencia y la acción transformativa son normativas y no inconventionales.

* Estos artículos no se incluyen en la lista de referencias.

Ejemplo A:

Joseph (págs 1-9), en su intervención en calidad de Presidente, puso de relieve que el psicoanálisis en la práctica divergía del ideal posiblemente establecido por la teoría ortodoxa: "Idealmente, el candidato psicoanalítico debería ser analizado de acuerdo con todas las teorías existentes ... disponibles ... En la práctica, esto no ocurre debido a una serie de razones, incluido, desde luego, el hecho de que cada personalidad humana que se encuentra en el diván debe ser analizada de acuerdo con sus necesidades particulares" (p. 5). Si es cierto que es "un hecho" que un psicoanalista "debe" adaptarse a las "necesidades particulares" del analizando, entonces proponemos que este hecho se constituya en parte de la teoría psicoanalítica y que incluso pase a ocupar un lugar prominente en ésta.

Ejemplo B:

Blum (págs. 39-52) describe el análisis de "una madre joven de aproximadamente treinta años de edad ... una mujer inteligente, sensata y atractiva que poseía un agudo ingenio, una ambición notable y muchos intereses y amigos"; esta mujer quedó traumatizada por la muerte de su padre que ocurrió cuando ella tenía cuatro años de edad. El trabajo analítico reactivó el proceso de duelo y, en su apogeo, rebasó "la situación transferencial ... y llegó hasta la vida real y hasta la sala de espera ... En cierta ocasión (la paciente) se quedó por algún tiempo llorando, sentada en la sala de espera. Esperaba que el analista le ofreciera más tiempo y apoyo y, al mismo tiempo, que le dijese que se marchara y que funcionase de manera independiente" (p. 44). Blum no llega a relatar cómo afrontó esta difícil situación. No obstante, su viñeta respalda nuestro punto de vista según el cual, cuando el trauma se está volviendo a experimentar, el analista, por mucho que se incline a lo clásico, regularmente se encontrará en situaciones en las cuales las interpretaciones resultan insuficientes y en las cuales sus acciones deliberadas pasan a ocupar un lugar central en el escenario terapéutico.

Ejemplo C:

Brenman (págs. 53-60) describe el análisis de una joven que presentaba una depresión suicida, desvalía y una incapacidad total para trabajar. "Sus padres tenían un gran interés académico en el psicoanálisis y, al parecer, se habían dedicado a 'analizar' a la paciente con una 'una dulce razón' desde que ella tuvo uso de razón. Desde su infancia, a lo largo de muchos años, la paciente se había sometido a diversos análisis" (p. 55). Brenman descubrió rápidamente que el acto del análisis —la interpretación convencional— constituía el acontecimiento traumático. Señala: "Me vi formulando más interpretaciones extratransferenciales que de costumbre, pero éstas parecían ser el único medio de llegar a ella" (p. 56). Brenman describe lo anterior como "un tipo de *acting-out*" de su parte. El siguiente extracto significativo de trabajo analítico se fundaba en la acción de la paciente fuera de la sesión, acerca de la cual el analista escribió: "el hecho de que se representara y sobreviviese

parecía ser una experiencia importante para ella" (p. 57). Esta experiencia constituía una parte de una relación que la paciente necesitaba y que no había mantenido con sus padres. Furst, en su resumen del Congreso, lo expresa de manera explícita: "... para Brenman ... la primera función del analista es ... proporcionarle al paciente la experiencia de un objeto vigente comprensivo y real que reemplace a los introyectos defectuosos" (p. 229).

Ejemplo D:

El Dr. Rosenfeld (págs. 71-83) describe los análisis de pacientes que presentaban perversiones activas y que aparentemente se sometieron a las convenciones psicoanalíticas. Esta sumisión representa en realidad una forma compleja de autoprotección y, al parecer, un buen trabajo de interpretación por parte del analista puede contribuir a esto y dar lugar a una forma estereotipada de resistencia. En los casos que presenta para ilustrar este fenómeno, todo lo que el analista decía solía tratarse en tanto acción y, en la transferencia, se convirtió en una colusión con los deseos perversos. Algunos de los términos que empleaba el analista, por ejemplo, "placer sexual", eran el equivalente a que éste se encontraba excitado. Rosenfeld sugiere la acción deliberada por parte del analista: "La solución más conveniente consiste en adoptar un estilo obsesivo de interpretación, mantener una distancia esquizoide óptima y emplear términos que resulten significativos desde el punto de vista lingüístico pero que, al mismo tiempo, sean lo suficientemente abstractos para que el paciente sea capaz de escucharlos" (p. 77). Este intento de alteración deliberada de la experiencia del analizando con respecto al analista no forma parte de la técnica ortodoxa.

Ejemplo E:

Blos (págs. 145-151), en su discusión acerca de la naturaleza especial de la transferencia en el psicoanálisis de adolescentes, hace énfasis en que la repetición no refleja únicamente una fijación sino que también refleja un intento de trascender los problemas del pasado a través de la organización psíquica. De esta manera, el análisis se convierte en parte del proceso de desarrollo y "todo análisis de un adolescente en el cual se logra el éxito contiene elementos de identificación con el analista en tanto vehículo terapéutico y, por tanto, representa, aunque sólo sea marginalmente, una cura transferencial; la duración de su efecto curativo se puede demostrar a través de la realización de estudios posteriores de seguimiento" (p. 148).

Ejemplo F:

Lussier (págs. 179-185) describe el análisis de un niño de doce años que sufría de hipoplasia congénita severa en ambos brazos y que "parecía necesitar más la seguridad de su madre que poseer brazos normales". Tenía una fantasía prolfica que el analista entendía como un intento de proporcionarse lo que su madre no le había brindado en tér-

minos de seguridad y de incentivo. En el análisis, Lussier descubrió que “los principales proyectos y sueños del muchacho tenían que convertirse en realidad durante el análisis, más aún, éstos tendrían que convertirse en realidad en el marco de las sesiones analíticas. Uno de sus objetivos consistía en tocar la trompeta para mí. Lo cual se hizo realidad. Se podría pensar –continúa Lussier– que el hecho de que el paciente tocara la trompeta durante las sesiones difícilmente podría denominarse asociación libre y que nos encontramos ante un determinado tipo de “experiencia emocional correctiva”. No estoy completamente de acuerdo con esta última parte. Es cierto que yo no podía y no deseaba ocultar mi admiración ni mis elogios ... Estoy convencido de que un análisis propiamente dicho no hubiese sido posible en su caso, si no hubiésemos salvado primero, en alguna medida en la transferencia, la brecha emocional primaria de su infancia temprana” (p. 180).

Ejemplo G:

Yorke (págs. 187-193) describe el análisis de un hombre de veintiocho años de edad que había alcanzado el éxito en su profesión y que era ciego desde la infancia. Este hombre recurrió al análisis debido a que experimentaba inhibiciones severas en sus relaciones personales. Este paciente tenía la tendencia a culpar a su ceguera de todos sus problemas, a pesar de que existía abundante evidencia de que sus problemas no se derivaron de ésta. Yorke “descubrió que él (el analista) debía hacer las veces de un yo auxiliar, de una fuente de examen de la realidad, con la finalidad de contrarrestar los mecanismos de afronte que colocaban a la ceguera en el centro de toda dificultad. Tuvo que hacerlo con firmeza pero, al mismo tiempo, con tacto y discreción. Debía proporcionarle al paciente un modelo de franqueza con el cual éste pudiese identificarse oportunamente” (p. 189). Esta interpretación consciente de roles se considera en general el paradigma del tratamiento no psicoanalítico, en el sentido de distinto del psicoanalítico.

Ejemplo H:

Klauber (págs. 195-201) critica de manera explícita la sabiduría convencional: “¿Es realmente cierto que únicamente las interpretaciones de la transferencia son “mutativas” y que de todas las otras, o casi todas las otras, constituyen una mera preparación? Opino que no es así ... El énfasis que pone Strachey en la importancia terapéutica de la introyección del analista y sus valores implícitos queda en una posición difícil en este contexto que se orienta a la energética en lugar de orientarse a las relaciones o a los valores. Me parece bastante claro que se necesita una descripción adicional de lo que ocurre en las relaciones objetales de paciente y analista cuando se formula una interpretación adecuada”. Klauber prosigue haciendo referencia al análisis de una mujer con la cual él experimentó la necesidad de mantener una discusión extratransferencial extensa en la cual se exploró su sistema de valores complejo y contradictorio. Al resumir su artículo, Klauber pone de relieve que el contacto personal con el paciente resulta esencial para el desarrollo y sugiere que es necesario rea-

lizar en la teoría psicoanalítica algunos ajustes que podrían ser motivo de angustia.

Ejemplo I:

Ornstein y Ornstein (págs. 203-211) presentan el caso de una mujer profesional de aproximadamente treinta años de edad que recurrió al análisis porque la aquejaba su “incapacidad para comprometerse con alguien o con algo ... o de tener experiencias o reacciones emocionales intensas”. La paciente describía su incapacidad de sentir intensamente como si tuviese “una brecha en su psique”. Después de referir la muerte de una de sus queridas mascotas, el analista le manifestó: “siento mucho lo ocurrido” e intentó interpretar la pérdida de la mascota en términos de la pérdida de su madre en la infancia. Esta respuesta neutral convencional y la interpretación genética dio lugar a que la paciente se convenciera de que al analista le disgustaban los animales y de que se estaba burlando de su dolor. Esta convicción persistió durante varias sesiones hasta que el analista se animó a retractarse y a admitir que en realidad había pasado por alto los sentimientos de la paciente y que, de esta manera, había re-creado el trauma del pasado. Después de que el analista admitiese lo anterior, emergió una tristeza profunda y luego volvieron a ser útiles las interpretaciones reconstructivas convencionales. Los autores plantean que, debido a que le habían fallado a la paciente en el pasado, “ahora insistía en que ahora se le escuchase”. También sugieren que la falta de empatía del analista –una forma paradójica de acción no-interpretativa– con frecuencia devela el trauma crucial.

Ejemplo J:

Modell (págs. 259-267), en su discusión acerca de la no comunicación de los afectos, admite que necesidades y estados importantes causados por el trauma y que no se pueden articular pueden presentarse al analista con la finalidad de que éste los reconozca y manifieste una respuesta humana. “Por ejemplo, existen pacientes que necesitan provocar una reacción afectiva en nosotros y, por tanto, pueden desencadenar una serie de crisis en la vida externa. En un sentido evidente, ésta constituye una necesidad de saber si nos interesan o no, pero en un sentido más fundamental [sic] puede constituir el deseo de inducir afectos en nosotros, afectos que luego ellos podrán compartir para aliviar la sensación de vacío y de carencia de vida del *sí mismo*” (p. 260).

Se podrían extraer innumerables ejemplos de la literatura contemporánea, pero la selección que se presenta en este anexo y en el cuerpo del artículo incluye autores de Europa, Norteamérica y América Latina, de la escuela clásica, de la escuela kleiniana y de otras escuelas. Si bien las presentaciones clínicas de los pacientes se tratan y se justifican en diferentes marcos de referencia, son evidentes tres rasgos similares que las unen. Los analistas, casi como

si se diese por sentado, parecen respaldar la noción de satisfacer las necesidades del analizando. Todos estos analistas descubren, a veces a pesar suyo, que la acción del analizando desempeña un rol decisivo en la cura y le proporciona a sus analizandos nuevas e importantes experiencias.

Los ejemplos que hemos ofrecido presentan otras semejanzas interesantes las cuales, sugerimos, se deben a la ausencia de una teoría que haga referencia explícita a los fenómenos clínicos a los que hemos aludido. En primer lugar, los psicoanalistas de manera típica presentan su trabajo como ejemplos de casos especiales que se fundan y que encuentran su justificación ya sea en la adolescencia, la invalidez física, la patología fronteriza, la perturbación narcisista, los estados psicóticos, las perversiones, la perturbación comunicativa en las neurosis, los problemas del carácter, las enfermedades psicosomáticas, el trauma en la infancia, etc. En segundo lugar, los analistas tienden a escribir de una manera apologética, incierta o con un tono defensivamente rotundo cuando admiten haber fallado con sus pacientes o haberse desviado del ideal técnico de neutralidad o haber abandonado la interpretación de la transferencia en tanto que principal vehículo de la terapia. En tercer lugar, estos analistas no son jóvenes radicales sino que se les considera como algunos de los miembros

más antiguos y respetados del movimiento psicoanalítico.

Nuestras investigaciones han girado en torno de este consenso clínico general entre los psicoanalistas y nos han conducido a una conclusión teórica simple. Sin desplazar a la interpretación de su lugar especial en la terapia, se debe admitir que, en la esfera de la represión primaria, el deseo y el conflicto no poseen ningún significado. En esta región de la mente, todo lo que podemos observar son estados traumáticos, actividad simbólica primitiva y necesidades insatisfechas. La interpretación debe abrirle paso al reconocimiento y a la acción en tanto que estrategia deliberada si se pretende desarrollar la comprensión (el crecimiento psíquico la introversión profunda, el cambio estructural). Con esto no pretendemos darle carta blanca al analista para gratificar a sus pacientes, actuar con éstos o fallarles. Por el contrario. Proponemos que sólo cuando se activan la represión primaria y la relación primaria, con todo el trabajo y riesgo que esto supone, el revivir del trauma y la necesidad le imponen estas exigencias al analista. La comprensión y el reconocimiento de esta fase en un análisis constituye el principal objetivo del presente artículo. El objetivo del Apéndice ha sido mostrar que los puntos de vista que hemos presentado cuentan con una amplia aceptación implícita.

Dr. Kinston
Programme for Psychoanalytic Research
Brunel Institute of Organisation and Social Studies
Brunel University
Uxbridge
Middlesex

Copyright © Institute of Psycho-Analysis