

# LA INDICACION DEL PSICOANALISIS Y SUS LIMITACIONES

Por los Dres.: **ARTURO LIZARAZO \***  
**ALFONSO MARTINEZ \***  
**ALVARO VILLAR GAVIRIA \*\***  
**GUSTAVO ANGEL \*\***  
**ROBERTO DE ZUBIRIA**  
**HENRY GARCIA \***  
**MARIO GONZALEZ \***  
**JOSE A. MARQUEZ \***

Miembros de la Asociación Psicoanalítica Colombiana.

\* Miembros del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso.

\*\* Profesores de la Fac. de Psicología de la Universidad Nacional.

PONENCIA OFICIAL PRESENTADA AL IV CONGRESO DE PSIQUIATRIA  
DE COLOMBIA — CUCUTA, AGOSTO 5-10 DE 1964

— O —

## I. — LA NEUROSIS DE ADULTO

Frente al psicoanálisis, los criterios se divorcian, pasando por numerosas posiciones intermedias, desde la opinión de Alexander y French (2), según la cual "toda terapéutica que acreciente las funciones del yo debería ser llamada psicoanálisis", hasta la posición, a nuestro juicio mal llamada "ortodoxa", que para muchos es inconcebible sin diván, silencio, posición de espejo, frustración y conceptos inmutables y rígidos, todo ello aplicado de igual manera, cualesquiera

que sean las condiciones internas y externas del individuo y la entidad nosológica. Para cumplir los fines de este trabajo, hemos creído necesario, previamente, decir qué es lo que nosotros entendemos por doctrina y técnica psicoanalíticas.

Por doctrina psicoanalítica entendemos las estructuras psicológicas y los mecanismos psicodinámicos, extraídos por Freud (6, 9, 10) de la investigación clínica, comprobados y comprobables. Hoy

por hoy, Yo, Ello y Super-yo dinámicos, motivación psíquica, instintividad, inconsciente, experiencia traumática, procesos de integración psíquica, mecanismos de defensa, conflicto psíquico y transferencia, entre otros, parecen sólidamente asentados (11). Engrosan este acervo, obviamente, los muchos aportes de todos los continuadores de la obra freudiana, incluyendo modificaciones a la teoría inicial en cuanto demuestren corresponder a la realidad psicológica objetiva. Además, fieles a la amplia concepción freudiana, concedemos toda la participación del caso a los factores orgánicos, ya se trate de los lesionales, pre y postnatales, ya de los genéticos y constitucionales.

Por técnica psicoanalítica entendemos no la práctica estereotipada de este o aquel ceremonial, ni los procedimientos conducentes a obtener cosa distinta de la salud mental. La asociación libre, el análisis de las resistencias, el manejo transferenceal, el hallazgo y comunicación de los contenidos inconscientes, la introyección de figuras y patrones de comportamiento a expensas del analista y en sustitución de los antiguos, el sometimiento al principio de realidad, parecen ser no los únicos pero sí los más caracterizados instrumentos técnicos, siempre para buscar la sedación del conflicto entre las instancias psíquicas, y el fortalecimiento, integración y adaptación del yo (5, 8, 9, 10).

Suscribimos pues, lo esencial de la ortodoxia. Ponemos de relieve, además, las siguientes cuestiones :

1a.) — El uso de técnicas analíticas no excluye la investigación diagnóstica por cualquiera de los procedimientos clínicos. El analista no necesita dejar de ser médico pero sí protegerse, mediante la colaboración de los diversos especialistas, contra errores de diagnóstico y fracasos terapéuticos. Tampoco puede excluirse, radicalmente, el ataque a la enfermedad con los métodos farmacológico-

cos, bioquímicos, físicos, ambientales, reeducativos y de psicología social, simultánea o alternativamente con el psicoanálisis. Es cierto que los tranquilizantes, por ejemplo, pueden bloquear la efectividad del paciente con que el analista trabaja, pero no es humano ni suele ser útil hacer vivir al paciente, sin sedación, los más altos niveles de la angustia.

2a.) — Los instrumentos de la técnica no pueden usarse rígida e indiscriminadamente, cualquiera que sea la entidad psiquiátrica, la estructura del individuo que la padece o el ambiente y circunstancias de su vida (1, 2, 3, 4). Así, a manera de ejemplos, un caso requerirá análisis exhaustivo de los mecanismos de resistencia; otro, énfasis en la introyección del analista por parte del paciente; aquel, que se reconozca, estimule y afiance lo bueno y positivo que posee; al de más allá, que junto con los demás requisitos se le dé apoyo afectivo o se atienda a los problemas de realidad exterior; y uno último, que se respeten ciertos mecanismos, a pesar de ser neuróticos, cuya remoción pondría en peligro la estabilidad del yo (14).

3a.) — Importa en grado sumo la personalidad del analista (7,9). En primer lugar, el conocimiento teórico —cuanto más extenso mejor— de la doctrina analítica y de los mecanismos y leyes que gobiernan el funcionamiento del aparato psíquico. La investigación, hallazgo y vivencia dentro de sí mismo de tales psicodinamismos, complementa la estructuración del analista y sin ella no puede reconocérsele el carácter de tal. El análisis de la contra-transferencia (13), llevado hasta sus detalles más finos y complejos, ensanchará la integración del analista. La misión que se encomienda a esta última, es la de capacitarlo para no resentir las reacciones, expresiones o comportamientos del analizado, irracionalmente, como orientados sobre su propia persona, de suerte que puedan ser enjuiciados, sentidos y tratados libre-

mente, como material analizable. Así, con visión más extensa del suceder anímico, podrá reconocer y sentir las modalidades, a veces sutiles, que ha de introducir en su técnica para adaptarla a las peculiaridades psicológicas individuales. En nuestro enjuiciamiento del analista, no desechamos otros factores: a) Su inteligencia. No solo cociente intelectual sino la aptitud para la comprensión del fenómeno psicodinámico, en toda su complejidad. No todo individuo inteligente tiene "insight" para registrar hechos, captar significados y establecer relaciones objetivas de causalidad en el mundo de lo psíquico. Un matiz de esta inteligencia es la intuición, nada despreciable, y otro la habilidad para hacer al paciente la traducción concreta, oportuna y comprensible, de lo percibido. b) Una forma particular del altruismo y bondad, que lleva al analista, seguramente en proporción de sus rendimientos sublimatorios, a interesarse por la causa del paciente y poner a disposición de éste, sin alternativas ni reticencias, todo su caudal científico, técnico y humano. c) Dependiente, quizás, de lo anterior, la paciencia, desprovista de obstinación. Hay casos en que el beneficio estable esperado sólo cristaliza después de varios años y sólo un terapeuta muy paciente puede esperar a que la viscosidad de la libido, de que hablara Freud (9), permita los cambios estructurales necesarios.

Viniendo ahora al paciente, no todos los casos cuyos trastornos se reconocen predominantemente psicogénicos, se benefician igualmente del tratamiento analítico. Hay incluso afecciones, la paranoia por ejemplo, cuya técnica de ataque no ha sido encontrada todavía (\*). El punto nodal de la cuestión reside, para la mayoría de los autores, en la estructura del yo (9, 12). Esta instancia psíquica es el instrumento, en el paciente, con que el analista trabaja, y a la vez el objeto prin-

cipal de su actividad terapéutica. La evaluación precisa de dicha estructura, en sus diversas implicaciones, resulta decisiva para estatuir el pronóstico sobre el grado de modificabilidad. Al respecto, los factores mejor definidos son, en resumen, los siguientes:

1º) El grado del narcisismo (9). Se trata, en términos sencillos, de la mayor o menor dificultad para volcar las diversas expresiones de la afectividad hacia los objetos del mundo externo, y desde luego, transferencialmente. Con su incremento disminuye proporcionalmente la indicabilidad del análisis, pues aumenta la dificultad para abandonar las propias posiciones y estructuras en presencia de las nuevas realidades que el analista descubre al paciente.

2º) El miedo del yo ante la instintividad, que Ana Freud considera atributo del yo débil (12), y la insuficiencia para su manejo. En el primer caso disminuyen las posibilidades de maduración en la organización psico-sexual, y en el segundo, por la "facilidad para el paso al acto", hay manifestaciones psicopáticas y escaso ajuste al principio de realidad.

3º) Miedo del yo al super-yo (12), lo que determina el sentimiento de culpa. Ana Freud conceptúa en este caso, en oposición al anterior, que el yo es fuerte. Se puede esperar del análisis muy buenos resultados, tales por ejemplo, los casos frecuentes de masoquismo auto-punitivo y las neurosis del fracaso.

4º) El grado de insuficiencia frente a los requisitos y limitaciones del mundo externo. El yo débil tiene escasa tolerancia al displacer y por ende, a las frustraciones de una técnica rígida, mientras que el yo fuerte no se traumatiza desproporcionadamente.

5º) La motivación que lleva al paciente al tratamiento. Ello depende de la toma de conciencia de enfermedad y de la tendencia interna a la recuperación de la salud. A mayor positividad de estos factores, mejor disposición para el traba-

(\*) No vamos a ocuparnos sin embargo de las indicaciones en función del diagnóstico de las neurosis, bastante conocidas.

jo investigativo, pese a las frustraciones de la cura.

6º) La edad. Con los años se endurecen los mecanismos psicopatológicos y su remoción es cada vez más difícil. Además, disminuyen las oportunidades de la vida para las tareas sublimatorias y el interés en ellas. Hasta la cuarentena se considera bien indicado el psicoanálisis, pero más allá no está contraindicado, si la estructura neurótica lo aconseja o lo permite (12).

7º) El nivel intelectual y ciertas modalidades de su rendimiento, tales como la aptitud para la labor asociativa, la introspección y verbalización conceptual, la objetividad del juicio especulativo y el "insight" acerca de los mecanismos, afectos y procesos de la cura (15).

8º) Los beneficios secundarios que el yo aprende a sacar de la enfermedad. A medida que la renuncia de tales ventajas se hace más difícil, a causa de su importancia y extensión, se restringe el éxito terapéutico.

Frente a los planteamientos anteriores, compartimos la opinión de Nacht y Lebovici (12), en el sentido de que "una

neurosis no entraña ipso facto psicoanálisis", y que todo caso requiere una profunda y dilatada evaluación, mediante el estudio de su biografía, en el sentido lato del término. De allí ha de proceder la mejor indicación, ya sea del psicoanálisis y su variación técnica, ya de otro tipo de psicoterapia a que haya lugar, y demás recursos terapéuticos. Pero también es justo consignar que el psicoanálisis, como las demás, es una ciencia que progresa. Limitándonos a una simple enunciación, no podemos dejar de señalar que cada vez se ahonda más en el conocimiento del suceder psíquico en las primeras etapas de la vida, que la llamada "reacción terapéutica negativa" va siendo objeto de mayor penetración psicológica y que el masoquismo primario está siendo atacado con mejores armas. Además, se intensifican la preparación teórica del analista y los requisitos de su equilibrio, y se atiende cada vez más al problema de la contratransferencia (13). Esto no justifica que el psicoanalista pueda hacer de semidiós, como la sociedad le exige con crueldad, pero sí implica que se va mejor equipando y lo hará más en el futuro, para afrontar ésta, quizás la más ardua de las labores terapéuticas.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) ALEXANDER, FRANZ : Psicoanálisis y Psicoterapia. Ed. Psique, Bs. Aires, 1960.
- 2) ALEXANDER Y FRENCH: Terapéutica Psicoanalítica. Ed. Paidós, Bs. Aires, 1956.
- 3) ARIETI, S.: (Cap. 78, "Miscellaneous Therapies"), American Handbook of Psychiatry. Ed. Basic Book, New York, 1959.
- 4) BALLINT, MICHAEL: Changing Therapeutic Aims and Techniques in Psychoanalysis. The Yearbook of Psychoanalysis, Vol 7, 1951. International University Press, New York.
- 5) FENICHEL, O.: Problemas de Técnica Psicoanalítica. Ed. Pax, México, S. A. 1960.
- 6) FENICHEL, O.: Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Ed. Nova, Bs. Aires, 1957.
- 7) FREEMAN SHARPE, ELLA: The Analyst, in "Collected Papers in Psychoanalysis". The Hogarth Press, 1950.
- 8) FREUD, ANA: El yo y los mecanismos de defensa. Ed. Paidós, Bs. Aires, 1949.
- 9) FREUD, S.: Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1949.
- 10) GARMA, A.: Psicoanálisis. Teoría, Clínica y Técnica. Ed. Paidós, Bs. Aires, 1962.
- 11) KARDINER, KARUSH, OBERSEY: Estudio Metodológico de la Teoría Freudiana. **The Journal of Nervous and Mental Diseases**. Vol 129 Nos. 1-4, 1959.
- 12) NACHT ET LEOVICI: Indications et contraindications de la Psychanalyse. **Revue française de Psychanalyse**, Tome XIX, Nos. 1-2, 1955.
- 13) RACKER, E.: Estudios sobre Técnica Psicoanalítica. E. Paidós, Bs. Aires, 1960.
- 14) RADO AND DANIELS. Reparative Psychotherapy, by Goldman G. S., in Changing Concepts of Psychoanalytic Medicine. Grune and Stratton, New York, 1956.
- 15) ZILBOORG, G.: The emotional problem and the Therapeutic role of insight. In **The Yearbook of Psychoanalysis**, IX, 1953.

## II — MEDICINA PSICO-SOMATICA

Unas veces predominan las causales orgánicas y otras los elementos psíquicos, pero quien enferma es la unidad "hombre", de suerte que realmente toda enfermedad es psicósomática. Las que se tiene costumbre de llamar afecciones psicósomáticas, son aquellas en que las reacciones orgánicas están determinadas prevalentemente, en forma directa o indirecta, por mecanismos psicogenéticos, aunque suela requerir el asocio de otras noxas. Fenichel (6), diferencia los síntomas de conversión (en los que mediante la investigación analítica, es posible hallar la traducción de un conflicto psíquico, al lenguaje corporal), de las "Organoneurosis", en las que las perturbaciones, influídas por dinamismos inconscientes, no siempre corresponden a significados psicológicos analizables y específicos. Así, la sudoración, el temblor, la disnea, por ejemplo, pueden ser consecuencia de la angustia que ha estimulado la vía neurovegetativa, pero no expresión directa del conflicto básico; y las hemorroides pueden obedecer a la congestión crónicamente repetida, por los esfuerzos defecatorios del estreñido, y depender solo indirectamente de las causas psicogénicas de la constipación. Creemos, sin embargo, que en la medida en que se extienden y profundizan las investigaciones psicológicas, se van encontrando cada vez más significados específicos a los trastornos psicósomáticos. Así ha ocurrido, entre otros, con el asma bronquial, la úlcera gastroduodenal y la jaqueca.

La patología psicósomática plantea interrogantes que trataremos de resolver, aunque no exhaustivamente.

A) ¿Puede y debe aplicarse a estas afecciones el tratamiento psicoanalítico? Sin duda alguna, porque detrás de un trastorno psico-somático se esconde un problema neurótico, un conflicto entre las instancias psíquicas, y el análisis es un procedimiento valioso para superar

ese transfondo causal primitivo. Freud, desde sus primeros trabajos, en el caso Dora (8), en que se presentaron frecuentes accesos de disnea sospechosa de asma bronquial, y en el de Miss Lucy R. (9) que padecía una rinitis, se preocupó de estos aspectos. Numerosos autores; Alexander (1, 2), Carcamo (3), Daniels (4), Dumbar Flanders (5), Fenichel (6), (7), Garma (10, 11, 12, 13), López Ibor (14) Rascowsky (15, 16) Rof Carvallo (17, 18), y muchos otros, dan cuenta de curaciones o mejorías importantes con el procedimiento.

B) ¿En qué condiciones puede prescribirse o no un tratamiento analítico?

En cuanto a orientación y técnica, no difiere del que se sigue en los demás tipos de neurosis, tal como queda dicho a propósito de las neurosis del adulto.

Individualizando más, haremos algunas consideraciones: 1) En estos casos donde el componente orgánico, concomitante o consecuente, ha de ser más cuidadosamente evaluado. El analista, para dar un ejemplo, no puede exponerse a tratar como úlcera un cáncer gástrico; y cualquier cambio en la sintomatología ha de ponerlo sobre aviso para hacer las consultas pertinentes. 2) No basta abordar estos casos como neurosis comunes y corrientes. Es menester atender a los mecanismos psicogenéticos muy particulares que allí ocurren y que los investigadores van definiendo más concretamente cada vez. 3) El tratamiento no necesita limitarse siempre a la actividad psico-terapéutica. Hay muchos casos en que la perturbación funcional requiere, para desaparecer, ser encarada además, simultáneamente, con el arsenal médico pertinente. Con mayor razón, los trastornos que se han hecho lesionales. Por supuesto, un mal asmático o una úlcera sangrante requieren atención médica inmediata. El analista puede y debe hoy salir

de su aislamiento y trabajar en cooperación y armonía con el internista, gastroenterólogo, neurólogo y demás especialistas. 4) El análisis puede estar contraindicado cuando se vislumbra que su metodología, al reactivar los conflictos inconscientes que se expresan psicósomáticamente, pueda agravar lesiones y comprometer la vida del paciente. Asimismo, las úlceras de la región pilórica y las estenosis de carácter orgánico, las úlceras de la cara posterior con amenaza de perforación al páncreas, o el riesgo de perforación hacia la cavidad libre abdominal, las hemorragias repetidas y de cierta intensidad, las grandes úlceras de los ancianos, el mal asmático, el asma complicada con procesos parenquimatosos del pulmón, la colitis ulcerativa con mal estado general, anemia severa o desnutrición, etc., etc., serán contraindicaciones, absolutas unas, relativas otras, para un tratamiento psicoanalítico 5).

El pronóstico de la cura analítica depende también, como siempre, de la estructura psicodinámica. Es mejor cuanto más el trastorno psico-somático es y se manifiesta como psiconeurosis, y más dudoso cuanto más se acerca a los tipos irreversibles de psicosis. La colitis ulcerativa y la hipocondría han llegado a considerarse como "órgano-psicosis" 6). La variación técnica habrá de adaptarse a cada caso particular. El exceso de frustración podría desencadenar una hematemesis o un mal asmático. Unas veces estará indicada una profundización prudente de la investigación analítica y otras una interpretación audaz y oportuna de los mecanismos psíquicos.

Finalmente, damos a continuación una lista de afecciones, en las cuales se ha encontrado que los factores psicológicos tienen preponderancia o al menos una importante participación:

**Aparato Gastro-intestinal:**

Úlcera péptica  
 Algunas colitis  
 Gastritis  
 Anorexia  
 Ciertos tipos de disfagia  
 Constipación

Diarrea  
 Rectitis  
 Algunos tipos de hemorroides  
 Algunos tipos de disquinesia biliar  
 Dispepsias  
 Aerofagia

**Sistema Cardio-vascular**

Hipertensión esencial  
 Astenia neuro-circulatoria  
 Ciertos casos de hipotensión  
 Taquicardia paroxística

Síndrome de Raynaud  
 Enfermedad de Buerguer  
 Algunos extrasístoles  
 Trombosis coronaria (?)

**Aparato respiratorio**

Asma bronquial  
 Rinitis alérgicas

Ciertos tipos de bronquitis  
 Síndrome de hiperventilación

**Aparato génito-urinario**

Muchas enuresis nocturnas  
 Impotencia en sus diversos tipos

Dismenorreas  
 Esterilidad psíquica  
 Aborto habitual

**Sistema locomotor**

Neuritis  
 Ciática y lumbago

Artritis reumatoide  
 Parálisis histérica

**Sistema endocrino**

Hipertiroidismo

Diabetes - Obesidad

## Sistema Nervioso

Jaqueca

## Sangre

Algunos tipos de púrpura

## Piel

Alopecia

Prurigo

Prurito

Urticaria

## Ojos

Blefaritis

Conjuntivitis

## Anestias

Seborrea

Dermatitis tópica y atópica

Hiperhidrosis

Psoriasis (?)

Acné

Fotofobia

## BIBLIOGRAFIA

- 1) ALEXANDER AND COL.: "The influence of psychologic factors upon gastrointestinal disturbances: A Symposium VI. III. Pág. 50-588. 1934, *Psyc. Quart.*
- 2) ALEXANDER, F.: Emotional factors in esencial hipertension. *Psychosomat. Med.* Vol. I N° 1., 1939.
- 3) CARCAMO CELES, ERNESTO: Contribución psicoanalítica al conocimiento de la jaqueca". Reproducida en *Cátedra y Clínica*. Vol. 113, Pág. 170-177, 1945.
- 4) DANIELS, GEORGE E.: La colitis ulcerosa no específica como enfermedad psicósomática. Reproducida en *Cátedra y Clínica*. Vol. 113, Pág. 170-177, 1945.
- 5) DUMBAR, FLANDERS: Medicina psicósomática. Edit. Paidós, 1958.
- 6) FENICHEL, O.: Teoría Psicoanalítica de las neurosis. Bs. Aires, Nova, 1957.
- 7) FENICHEL, O.: Problemas de técnica psicoanalítica. México, Pax México, 1960.
- 8) FREUD, S.: Análisis de una histeria. *Hist. Clínicos. O.C.T. II 1925*, Pg. 509.
- 9) FREUD, S.: La histeria. *Hist. Clínicos. O.C.T. I, 1895.*
- 10) GARMA, A.: Psicogénesis de la úlcera péptica. *Rev. Psicoanal. Argent.* Año II N° 4 Pág. 603-613, 1945.
- 11) GARMA, A.: Génesis psicósomática y tratamiento de las úlceras gástricas y dudodenales. Buenos Aires, Nova, 1954.
- 12) GARMA, A.: El dolor de cabeza. Buenos Aires, Nova, 1958.
- 13) GARMA, A.: El psicoanálisis. Paidós. Buenos Aires, 1963.
- 14) LOPER IBOR, J.: La angustia vital. Edit. Paz Montalvo, Madrid, 1950.
- 15) RASCOVSKY, ARNALDO: Consideraciones psicósomáticas sobre la evolución sexual del niño. *Patología Psicósomática. Argent.*, 1948, Pág. 9-16.
- 16) RASCOVSKY A. y ROSQUELLAS AMALIA: Estudio de la función psicomotriz en el síndrome adiposogenital infantil *Patología Psicósomática. Buenos Aires, 1948.*
- 17) ROF CARBALLO: Urdimbre afectiva y enfermedad. Edit. Labor, 1961.
- 18) ROF CARBALLO: Patología psicósomática. 3a. Edic., Editorial Paz Montalvo, Madrid, 1954.

### III. — ADICION A DROGAS.—ALCOHOLISMO

“Se trata de un estado de intoxicación periódica o crónica, deletérea para el individuo y para la sociedad, producida por el consumo repetido de una droga. Sus características incluyen 1) Un abrumador deseo o necesidad de continuar tomando la droga, consiguiéndola por el medio que sea. 2) Una tendencia a aumentar la dosis. 3) Una dependencia psíquica y a veces física de los efectos de la droga” (9).

Los tratadistas están de acuerdo en que el adicto adolece de un trastorno de la personalidad (4, 6, 9). Ya antes se encuentran evidentes manifestaciones de inmadurez emocional, inseguridad y conflictos neuróticos. Iguales perturbaciones son descritas en el adicto al alcohol. En muchos casos la adición es una defensa contra una psicosis larvada, a veces esquizofrénica, y en otros la estructura es psicótica, no siendo la toxicomanía sino expresión de esta última. Suscribimos ampliamente el enjuiciamiento estructural de Rosenfeld; suyos son, resumidos, los siguientes conceptos: El adicto es parecido al maniaco-depresivo; usa los mecanismos de éste, pero su yo es más débil; no tiene la fuerza necesaria para hacer una manía pero la consigue con la droga; no tolera las ansiedades depresivas y recurre a mecanismos de negación, idealización e identificación con un objeto omnipotente; frecuentemente la droga simboliza una sustancia mala, un objeto perseguidor, y el paciente puede entregarse a orgías de auto-destrucción; hay desintegración del yo, lo que explica su debilidad (11).

Antes de abordar el problema del tratamiento, hay que tener en cuenta los siguientes factores: a) Son enfermos muy dependientes e inseguros que toleran mal las frustraciones y los conflictos. Cuando estos dependen del mundo externo, está muy indicado tratar de removerlos (4).

Inclusive se aconseja el tratamiento de de las personas conflictivas del ambiente (10). b) Todos los autores recomiendan la desintoxicación previa, en establecimientos especializados. Mejor, si en estos está todo planeado, de suerte que su funcionamiento general y la acción de todo el personal esté psicoterapéuticamente orientada (10). c) El pronóstico se ensombrece cuanto más perturbada está la estructura psicodinámica del caso, más disociado y débil sea el yo, menor conciencia de enfermedad exista, mayor tiempo de evolución lleve el proceso y menores deseos tenga el paciente de curación y ayuda (2).

Viniendo ahora al tratamiento propiamente dicho, hemos de tener en cuenta: 1) Importa la personalidad del terapeuta, su contratransferencia (3), y su capacidad de comprensión, no solo técnica sino además humana. Hablando de los alcohólicos, Noyes (10) dice que “tal vez no existe un grupo humano que necesite más comprensión”. Son pacientes, agregamos nosotros, que necesitan recibir mucho y el terapeuta ha de ser altruísta, capacitado para dar mucho, recíprocamente. 2) Es obvio que el tratamiento ha de buscar que el paciente desdén el alcohol, la droga y sus efectos, no impedirle que los tome (4, 10, 3). Cada vez se desestima más el recurso moralizante (6, 10). De prevalencia, el ataque ha de ser psicoterapéutico (5). Según Fouquet (6), dicho método escapa a toda sistematización y las conductas han de ser variadas y sustituidas, aun frente al mismo caso. Noyes (9) dice que tales pacientes se resisten a la comprensión de las causas reales, pero que no obstante, la labor psicoterapéutica ha de dirigirse a las motivaciones, defensas y adaptaciones. Y otros (2), que el tratamiento moderno tiende a la resolución de los trastornos básicos de la personalidad, generadores de la necesidad patológica. 4) El tratamiento ha

de ser largo y muchos pacientes deberían ser atendidos indefinidamente (1, 5). Parece que se han obtenido buenos resultados con psicoterapia de grupo pero creemos que necesita ser muy tecnicizada. Sin embargo, una variante, la que se lleva a cabo en "Alcohólicos Anónimos" (2, 7, 10) no está dirigida psiquiátricamente y hay que reconocer que ha prestado valiosos servicios en la recuperación de los alcohólicos. La organización aplica el inteligente principio de que el alcohólico se siente más comprendido por otro alcohólico y puede ser salvado por éste, y le da oportunidad de escapar al aislamiento psico-social y a la desconfianza con los demás; por otro lado, lo integra al darle ocasión de pertenecer a algo y al crearle la convicción de ser útil pudiendo hacer por otros lo que hicieron por él. 6) La indicación del tratamiento analítico está restringida (6, 8, 11) por la inhabilidad para la integración del yo y las dificultades para tomar conciencia de enfermedad, establecer transferencia neurótica, superar los beneficios

secundarios y encontrar gratificaciones sublimatorias. A pesar de todo ello, creemos, indudablemente, que hay casos, en especial de alcoholismo, en que el psicoanálisis está indicado (4). Eso sí, las más de las veces, el adicto no soporta la frustración de la técnica mal llamada clásica. Ella no se compadece con la flaqueza yoica, hiere la habitual susceptibilidad de estos pacientes y sirve de estímulo a la situación persecutoria y al fenómeno disociativo. A dicha frustración, parece natural que el adicto responde incrementando las necesidades compensatorias, las cuales no tienen otro cauce abierto que la masoquista gratificación tóxica. El analista no puede prescindir de la seguridad, la reafirmación y el mucho apoyo que estos pacientes necesitan largamente, lo cual no implica, a nuestro juicio, que en este tipo selectivo de pacientes no se puedan, simultáneamente, ir encarando los diversos psico-dinamismos, aún los más profundos, pero debe hacerse progresivamente de acuerdo con la tolerancia del enfermo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) BOUDREAU: El Alcoholismo y el Médico de Cabecera. Abbottempo, Vol. I, No. 4, 1963.
- 2) COVILLE, COSTELLO Y ROUKE: Abnormal Psychology (Alcoholismo y Adicción a Drogas). Págs. 136-142. Ed. Barnes and Noble, 1961.
- 3) DURAND: Encyclopedie Médico-Chirurgicale (Toximanías, Conductas Terapéuticas, Aspectos Sociales) N° 37380 a 30, Pgs. 1-7, 1955.
- 4) FENICHEL, O.: Teoría Psicoanalítica de las Neurosis (Adición a las Drogas). Pgs. 481-487. Ed. Nova, Bs. Aires, 1957.
- 5) FLACH AND REGAN: Chemotherapy in emotional disorders (Alcoholism and Adicción to drugs). Ed. Mc Graw Hill, 1960.
- 6) FOUQUET: Encyclopedie Medico-Chirurgicale (Neurosis Alcohólicas, Tratamiento) N° 37380 C 10, 1955.
- 7) KESSEL: Alcohólicos Anónimos. Ed. Plaza y Janes S.A., Bs. Aires, Barcelona, México d. f., 1961.
- 8) NACHT ET LEBOVICI: Indications et contraindications de la Psychanalyse. Revue Francaise de Psychanalyse, Tome XIX Nos. 1-2, 1955.
- 9) NOYES: Psiquiatría Clínica Moderna. (Adición a las drogas). Pgs. 622-633. Ed. Prensa Médica Mexicana, 1961.
- 10) NOYES: Psiquiatría Clínica Moderna (Alcoholismo y Psicosis Alcohólicas) Págs. 209-231. Ed. Prensa Médica Mexicana, 1961.
- 11) ROSENFELD: Sobre la Adición a Drogas. Revista de Psicoanálisis. Bs. Aires, Tomo XVIII, N° 4, 1961.

## IV. — PERVERSIONES

### CONCEPTO DE PERVERSION

Freud consideraba las perversiones como el “negativo de las neurosis”, encontrando que todo neurótico era un perverso en potencia.

El acto perverso implica la satisfacción, con plena conciencia y con propósito deliberado, de deseos contrarios a la ley o a las costumbres (1). La presencia de placer es característica del acto perverso y cualquiera que sea su naturaleza tiende a terminar con un orgasmo genital. En el acto neurótico hay una ausencia de deseo, una falta de sensibilidad o de motilidad, una ausencia de placer, y se encuentra una disminución o deterioro de las funciones genitales.

Clínicamente el acto perverso puede descubrirse fácilmente, la pulsión se satisface, ya que las instancias interiores no alcanzan a reprimirla. Hay una sumisión del yo a la pulsión. El síntoma neu-

rótico es más complejo, los deseos son escondidos en virtud de la represión, y su aparición en la conciencia es bien disimulada. El Yo en el neurótico se defiende más de las pulsiones.

El concepto del antagonismo extremo entre perversión y neurosis, ha desaparecido. En términos generales se combinan las dos entidades. El analista debe evaluar rigurosamente el contenido neurótico que hay en cada paciente perverso, ya que el éxito del tratamiento estará en relación directa con dicho contenido.

### CLASIFICACION DE LAS PERVERSIONES

Freud en “Una teoría sexual” (2), clasifica las perversiones en dos grandes grupos: Desviaciones respecto al objeto sexual y desviaciones relativas al fin sexual. Realmente la clasificación no ha perdido actualidad y es la que vamos a seguir.

#### A. Desviaciones respecto al objeto sexual

Homosexualidad  
Paidofilia  
Gerontofilia  
Necrofilia  
Bestialidad

#### B. Desviaciones relativas al fin sexual

##### 1. Transgresiones anatómicas

Coito Anal  
Cunilingus  
Felacio

##### 2. Fijación en los fines sexuales preliminares.

Exhibicionismo  
Voyerismo  
Sadismo  
Masoquismo  
Fetichismo  
Masturbación

### GENESIS DE LAS PERVERSIONES

#### 1. Factores Psicológicos.

De acuerdo con los autores franceses F. Pasche y M. Renard (3) los mecanismos psicodinámicos más importantes en

la génesis de las perversiones son la regresión del Yo a estados pregenitales y su fijación. Hacen mucho énfasis en la importancia del temor castratorio y en el complejo de Edipo.

## 2. Factores genéticos.

Han sido estudiados principalmente en la homosexualidad masculina por Rainier y colaboradores (4), quienes encuentran alta coincidencia de homosexuales entre los hermanos homocigóticos. Kallmann (5) encuentra una concordancia del 100% de homosexualidad entre gemelos univitelinos. Ford and Beach (6), encuentran incidencia de comportamiento homosexual en primates y otros mamíferos. Consideran este hallazgo como sugestivo para pensar en una base constitucional. Desde su punto de vista, la perversión sería una parte de nuestra herencia de los mamíferos.

## 3. Factores ambientales

Han sido estudiados particularmente por Rado (7) en la homosexualidad. Según dicho autor, pueden considerarse tres grupos de homosexuales. Un primer grupo "situacional", en el cual las desviaciones de la conducta sexual se deberían a limitaciones del medio ambiente (cárceles, p. ej.) El segundo grupo llamado "incidental", comprende individuos, generalmente adolescentes, que presentan ocasionalmente variaciones en el patrón normal de la conducta sexual, por temores a adaptarse a una nueva situación. Finalmente, el grupo denominado "reparativo", en el cual los sujetos hacen una tentativa para recuperar el placer sexual perdido. La pérdida del patrón sexual hombre-mujer, biológica y culturalmente determinado, se debe a mecanismos de miedo y odio.

Indicaciones de la terapéutica psicoanalítica.

Desde la época de Freud se consideran las perversiones entre los casos de peores resultados en el tratamiento. En el año de 1920, Freud, en la obra "Psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina" (8) llega a decir que la corrección tendría dificultades semejantes a las de hacer el cambio inverso, de la heterosexualidad a la homosexualidad.

Glover (9) considera la posibilidad de

tratar homosexuales facultativos. En estudio presentado por Weinstock (10), en 1955, reveló que 45 de 54 homosexuales no completaron el tratamiento.

¿Cuál es la dificultad primordial de la terapia?

Indudablemente la ausencia o pobreza de motivaciones terapéuticas. Las perversiones, como hemos visto, producen satisfacciones más o menos intensas de las cuales el individuo no quiere privarse. Esta es la diferencia fundamental con el neurótico, en el cual la mayoría de los síntomas son displacenteros.

En la mayoría de las perversiones el sujeto se encuentra en etapas pregenitales, con fijaciones excesivamente sólidas, que hacen difícil una movilización. Finalmente, el Yo del perverso está "entregado" y sometido a la pulsión.

Cuando hay una buena motivación terapéutica, el tratamiento está indicado en todos los casos. La motivación depende casi siempre del componente neurótico de la perversión.

Con el tratamiento psicoanalítico de las perversiones se logra casi siempre uno de los dos objetivos:

1. La curación.
2. La mejor adaptación del individuo a su perversión, con disminución marcada de las ansiedades y sentimientos de culpa. Esta última solución parece ser la más frecuente.

Desde el punto de vista de la técnica, se observa que los casos de perversiones deben ser analizados durante períodos de tiempo bastante largos. El analista debe enfrentarse a dificultades técnicas serias, en especial trabajar con un Yo débil, que saca provecho placentero de la perturbación.

El análisis estará contraindicado en las siguientes circunstancias:

1. En ausencia de buenas motivaciones.
2. En perversiones "puras" o casi "puras" (sin mayor mezcla de neurosis).

## BIBLIOGRAFIA

- 1) NACHT, S.: "La Psychoanalyse d' Aujourd'hui" 1956. Pág. 319.
- 2) FREUD, S.: O. C. "Una teoría sexual". 1905. Pág. 778.
- 3) Idem. Nº 1. Pág. 319.
- 4) J. D. RAINIER, M. D. and Co.: "Homosexuality and Heterosexuality in identical twins". **Psychosom. Med.** Vol. 22 Pág. 251, Julio-Agto., 1960.
- 5) KALLMANN. Citado por RUSSELL R.
- 6) MONROE Y CO.: "The therapeutic motivation in male homosexuals". **Am J. of Psychosom.** 14, Pág. 474-90, July 1960.
- 7) FORD AND BEACH. *Ibidem*.
- 8) RADO: *Ibidem*.
- 9) FREUD, S.: O. C. Psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. T. I Pág. 1016, 1920.
- 10) GLOVER: *Ibidem* (7).
- 11) WEINSTOCK: Citado (9).

## V. — NEUROSIS DE CARACTER

El carácter es la forma habitual, constante, de adaptación del yo, en primer lugar al mundo exterior y luego al Ello y al super-Yo. Depende también de la constitución hereditaria del mismo yo (5). A medida que han disminuido los cuadros clínicos de antaño, la gran histeria por ejemplo, en parte por los cambios sociales de toda índole, han tomado incremento, entre otras perturbaciones, las del carácter (8). Las etapas del desarrollo del yo, de lo cual se ocupa largamente Fenichel (1), son básicas para la estructuración del carácter, su patología y tratamiento. Este autor destaca el hecho evidente de que las actitudes características son, íntimamente, compromisos entre los impulsos instintivos y las fuerzas del yo que tratan de manejar, descargar, dirigir o reprimir a los primeros; y entre los tratadistas, es quien a nuestro juicio desarrolla la clasificación psico-dinámica más comprensible. Según él, de acuerdo con el principio de la "función múltiple", la conducta patológica del yo puede originar trastornos del carácter, esquemáticamente así:

A) Frente al ello, dando lugar a frialdad generalizada, el pseudo-emotivo, tipos ocasionalmente fríos, defensas contra la angustia, racionalización e idealización de los impulsos instintivos, rasgos orales, anales, uretales y fálicos del carácter, rasgos derivados del complejo de castración y carácter genital.

B) Frente al super-yo, que da lugar a defensas de carácter contra los sentimientos de culpa, masoquismo moral, el Don Juan del éxito, carencia aparente de sentimientos de culpa, criminalidad y mala identificación, caracteres "acting out" o "neurosis del destino".

C) Frente al mundo externo, que da lugar a fijaciones en etapas previas del amor, persistencia en la ambivalencia, celos, inhibiciones sociales en puntos afect-

tados por complejos, pseudo-sexualidad y angustia social.

Dejamos de lado clasificaciones como las de Alexander (1), Kretschmer (6) y Jung (10), porque las consideramos poco dinámicas.

Al ocuparnos, ahora, de las indicaciones generales del análisis del carácter, insistimos en las ya tratadas a propósito de las neurosis del adulto. Pero agregaremos los siguientes puntos:

1). El tratamiento de toda neurosis implica problemas caracterológicos, pero hay trastornos del carácter que asumen, por decirlo así, significación de entidad. El análisis de ambos casos consiste esencialmente en encarar a fondo, y desde un principio, las manifestaciones caracterológicas en función transferencial (2, 9); pero los del segundo grupo requieren tratamientos de mayor longitud y prudencia en el manejo de la técnica rígida y frustrante (7).

2). El tratamiento puede ser exitoso si el paciente toma conciencia de la naturaleza problemática de su comportamiento, de que ello está psicogénicamente determinado, y si como consecuencia de todo lo anterior, la neurosis de carácter puede transformarse en neurosis sintomática, y las resistencias de carácter en resistencias de transferencia (1).

3). Importa recordar que las indicaciones o contraindicaciones terapéuticas, en general, se miden hoy en función del mayor o menor riesgo que corresponde unas veces al tratamiento y otras a la enfermedad.

En cuanto a las indicaciones del análisis del carácter, en función diagnóstica, y siguiendo la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, tenemos en cuenta lo siguiente:

a) Los disturbios del patrón de la personalidad, a saber, personalidades inadecuadas, esquizoide, ciclotímica y paranoide, corresponden a una estructura inherente, fija y que perdura toda la vida. Ese fondo básico, constitucional, rara vez cambia fundamentalmente con la acción psicoterapéutica, y el análisis está indicado sobre todo para atenuar sus expresiones y para solucionar los conflictos adyacentes. El levantamiento de las defensas básicas puede conducir a la psicotización, lo cual, particularmente para la escuela americana, debe evitarse. Otros piensan que un episodio de regresión psicótica, —suponemos que en casos muy seleccionados—, de poderse analizar y superar, conduce al paciente a una reestructuración muy saludable.

b) En cambio, los trastornos de los rasgos de la personalidad, que incluyen las personalidades emocionalmente inestables, pasivo-agresivas y compulsivas, se refieren a un disturbio del componente

emocional, arraigado en el carácter, y constituyen, la mayor parte de las veces, muy buenas indicaciones del psicoanálisis.

c) Por último, los trastornos sociopáticos de la personalidad, en principio tienen pocas posibilidades de modificación, pues a causa del egoísmo, inconsciencia de perturbación e intolerancia a las frustraciones, tienen especial dificultad para identificarse con los patrones sociales de la conducta. Ya la mitomanía del adulto es una contraindicación del psicoanálisis. Sin embargo, tiende a concebirse la psicopatía, en especial la criminosa, como condicionada por un peculiar sentimiento de culpa que desencadena el acto antisocial, para poder someterse a la acción expiatoria de la autoridad y de la ley. Será solo en cuanto tal mecanismo pueda explotarse terapéuticamente y mediante variaciones técnicas especiales, como los grados menores de estos trastornos puedan beneficiarse del psicoanálisis.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) ALEXANDER, F.: "The logic of emotions and its Dynamic Background". *Jo. X*, 1935.
- 2) FENICHEL, O.: *Teoría Psicoanalítica de las neurosis*. Ed. Nova, Bs. Aires, 1957, Pág. 598.
- 3) FENICHEL, O.: *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Ed. Nova, Bs. Aires, 1957. P. 609 s.s.
- 4) FENICHEL, O.: *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Ed. Nova, Bs. Aires, 1957. Pág. 673.
- 5) FREUD S.: *Libidinal Types*. *Yo XIII*, 1932. (Citado por Fenichel, O. *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*, Ed. Nova, B. Aires, 1957: 671)
- 6) KRETSCHMER, E.: *Constitución y Carácter*. E. Labor, S. A. Barcelona Segunda Edición, 1954.
- 7) NOYES, A. P.: *Psiquiatría Clínica Moderna*. La Prensa Médica Mexicana. México 1961, Pág. 695.
- 8) NOYES, A. P.: *Psiquiatría Clínica Moderna*. La Prensa Médica Mexicana. México 1961. Pág. 610.
- 9) REICH, W.: *Análisis del Carácter*. Paidós, Bs. Aires, 1957. Págs. 51 s.s.
- 10) JUNG, C. G.: *Psychological Types*. Harcourt, Brace, New York, 1923.

## VI. — TRATAMIENTO PSICOANALITICO DE LA PSICOSIS

De acuerdo con nuestro amplio concepto de lo que en la actualidad debe entenderse por terapia psicoanalítica, consideramos que esta sí tiene utilidad en las psicosis llamadas funcionales (Esquizofrenias, Psicosis Maníaco-Depresivas), si bien con muy importantes modificaciones de técnica. Entre los autores que se han ocupado principalmente de este enfoque terapéutico figuran originalmente Bleuler y Jung, posteriormente Federn, Sullivan, los Menninger, Frida Fromm-Reichmann y Rosen, citados por Secheyay (3). A estos añade Arieti (2) los de Schwing, Hinsie, Wexler, Bychowsky, Hill y Eissler. Más recientemente Burton (3) incluye artículos de Arieti, Burnham, Burton, Caruso, Fruehmann, Jackson, Pankow, Perry, Pious, Searles, Secheyay, Shlien, Stierlin, Weigert y Will. Todos estos autores reclaman éxitos, a pesar de utilizar una gran variedad de conceptos teóricos y técnicos. Por último, mencionaremos a Melanie Klein y colaboradores (10), especialmente en el tratamiento de psicosis de niños.

Si a los aportes de los autores citados unimos nuestra experiencia, podemos formular las siguientes conclusiones, en forma tentativa, ya que se trata de un campo en el cual queda mucho por investigar.

1. Consideramos que las psicosis llamadas funcionales están multideterminadas por factores psicológicos, orgánicos, genéticos y otros. Por lo tanto, ni ahora ni en el futuro pensamos que la psicoterapia ofrezca una solución radical a este problema multidimensional.

2. Por otra parte, con Rado (11) y otros, nos parece que los métodos introspectivos en la investigación psicológica, principalmente introducidos por Freud, con las modificaciones posteriores de sus discípulos y miembros de otras escuelas,

han aportado muy valiosos datos a los mecanismos psicodinámicos de las psicosis, y para muestra, los trabajos de Abraham (1), Freud (7), Rado (11) sobre Psicosis Maníaco-Depresivas y su aplicación terapéutica por Arieti (2). Además serán de gran importancia estos métodos, a medida que avancen otras técnicas como las neurofisiológicas, antropológicas, sociológicas, genéticas, para establecer correlaciones de los datos de estas disciplinas con el plano psicológico.

3. Desde el punto de vista técnico nos parecen de primordial importancia los rasgos del terapeuta, recalcados por todos los autores, pero principalmente por Will (3), y que pueden resumirse en:

a. Capacidad para establecer contacto con el paciente.

b. Elasticidad máxima para ajustar su técnica a cada paciente y, en un paciente dado, a diferentes estados de su psicosis.

c. Debe moverse con facilidad del plano lógico al irracional.

d. Debe tener una gran capacidad para tolerar frustración y recibir con ecuanimidad la hostilidad del paciente.

e. La frustración en los tratamientos debe ser manejada con mucha elasticidad.

f. Debe ser capaz de tomar parte activa en la vida externa del paciente y asimismo en modificar el ambiente cuando sea necesario.

g. Su contratransferencia debe ser analizada constantemente, aún más que en el tratamiento de neuróticos.

4. En general, nos parecen casos tentativamente favorables para psicoterapias psicoanalíticamente orientadas, aquellos que al compensarse del brote psicótico

agudo, independientemente de la severidad de éste o del diagnóstico, muestren una buena motivación para el tratamiento, adecuada capacidad de introspección y relativamente buena integración del Yo.

5. En forma más específica, la experiencia de otros Finch (5), Klein (10), y la nuestra, indica que en niños y adolescentes psicóticos estas técnicas tienen muchas aplicaciones, de acuerdo con el caso, combinadas con hospitalización, terapia familiar, psicofármacos, manejo del ambiente, escuelas especiales.

Asimismo, nos ha parecido útil en muchos casos llamados fronterizos y en las llamadas por Hoch y colaboradores, esquizofrenias pseudoneuróticas (8).

6. Por último, pensamos que se debe intensificar la investigación futura en el campo de la psicoterapia de la psicosis, con especial énfasis en valorar qué factor o factores son los que obran en este tipo de tratamiento y así poder refinar los procedimientos técnicos. No es claro, en los autores citados ni en nuestra propia experiencia, cuáles son estos factores. Parece ser, sin embargo, que el lograr un contacto psicológico con el paciente y la relación interpersonal de éste con el terapeuta es un factor común en todas las técnicas, pero aún queda mucho por dilucidar en este aspecto. Nuevos métodos de investigación y de valoración de los datos tendrán que desarrollarse antes de poder aplicar un criterio estrictamente científico a un problema tan complejo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) ABRAHAM, K.: Notes on the Psychoanalytical Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions, in Selected Papers on Psychoanalysis, Basic Books, New York, 1953.
- 2) ARIETE, S., ed.: (Cap. 23, Schizophrenia), American Handbook of Psychiatry, Basic Books, New York, 1959.  
—Ibid. ed. (Cap. 22, Manic Depressive Psychosis).
- 3) BURTON, A.: ed., Psychotherapy of the Psychoses, Basic Books, New York, 1961.
- 4) BYCHOWSKI, G.: Psychotherapy of Psychoses, Grune and Stratton, New York 1952.
- 5) FINCH, S.: Fundamentals of Child Psychiatry, W.W. Norton and Co. New York, 1960.
- 6) FROMM-REICHMANN, F.: Problemas Básicos en la Psicoterapia de la Esquizofrenia, *Revista de Psicoanálisis*, Tomo 15, Nº 4, Pág. 398. Buenos Aires, 1958.
- 7) FREUD S.: Mourning and Melancholia, in Collected Papers, Vol. 4 Basic Books, New York, 1954.
- 8) HOCH, P., and Polatin, P.: Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia *Psychiatric Quart*, 23: 248, 1949.
- 9) HORWITZ, W. A., Polatin, P., Kolb, L. G. and Hoch, P. H.: *Am. J. Psychiatry*, 114: 780, 1958.
- 10) KLEIN, M. HEIMANN, P. MONEY-KYRLE, R.: ed. New Directions in Psychoanalysis, Basic Books, New York, 1957.
- 11) RADO, S.: Psychodynamics as a Basic Science, in Psychoanalysis of Behaviour, Grune and Stratton, New York, 1956.
- 12) RADO, S. and DANIELS G. E.: ed. "Reparative Psychotherapy", by Goldman, G. S. in Changing Concepts of Psychoanalytic Medicine, Grune and Stratton, New York, 1956.
- 13) SECHEHAYE, M. A.: La Realización Simbólica y Diario de una Esquizofrénica, Trad. de Reuter, J., y Gutiérrez, J. Fondo de Cultura Económica, México.

## VII. — LA NIÑEZ

Actualmente el psicoanálisis infantil se encuentra dividido en dos grandes escuelas. Una a cuya cabeza puede situarse a ANA FREUD (1) y la otra dirigida hasta su muerte por la señora MELANIA KLEIN (2). Las diferencias teórico-prácticas entre las dos se traducen en un enfoque diferente de las indicaciones de un psicoanálisis en los niños.

ANA FREUD considera que un verdadero psicoanálisis parece imposible en el niño, debido a la ausencia de neurosis de transferencia (3) y a que no puede ser aplicado sino en casos excepcionales, ya que es difícil imaginar una acción psicoterapéutica, a esa edad de la vida, desprovista de una influencia educativa y pedagógica (4). Como ella lo afirma, el analista debe ser un maestro que pueda, "si las circunstancias lo hicieren necesario, asumir las funciones de educador durante todo el curso del análisis".

Como se comprende, son los educadores los que más se han beneficiado con los puntos de vista de esta escuela, y esto ha dado origen a varias corrientes psicopedagógicas actuales, que se ocupan de tratar por estos sistemas los niños que aún no han llegado a la pubertad. Se llega así a una confusión, a veces producida por los mismos psiquiatras, entre psicopedagogía, psicoterapias simples y psicoanálisis (5).

La escuela Kleiniana preconiza, en cambio, que el análisis del niño y del adulto solamente se diferencian en que la asociación libre está reemplazada en el niño por el juego, y por lo tanto su técnica está desprovista de toda preocupación educativa; se trata de un trabajo estrictamente médico que busca no solamente curar a los niños, llevados al análisis por la presión del medio ambiente que no los puede tolerar, sino que está indicado muy ampliamente. Esta indicación parte de la base de que todos tene-

mos en la infancia núcleos psicóticos y de que es necesario ayudar al niño a manejarlos, sin que dejen puntos de fijación fuertes. No hay necesidad entonces de un profundo diagnóstico, sino que su valor profiláctico en cuanto a psicosis, psiconeurosis y enfermedades psicosomáticas, justifica el tratamiento de todos los niños.

Lebovici (6), ha intentado colocarse en un punto colectivo entre ambas posiciones, y da la siguiente guía que nos permitimos resumir y modificar. Véase su trabajo citado en el número (5), página 207.

### I—INDICACIONES DEL PSICOANÁLISIS PRECOZ:

(Se considera precoz, hasta los cinco años)

- a—Ansiedad intensa
- b—Síntomas obsesivos duraderos
- c—Inhibición total
- d—Mutismo extrafamiliar
- e—Oposición pasiva
- f—Hipomanía
- j—Trastornos prolongados en la esfera alimenticia
- h—Trastornos prolongados en la esfera motora y del lenguaje, y de los esfínteres.

### II—INDICACIONES DEL PSICOANÁLISIS EN EL PERIODO DE LACTANCIA.

- a—Estados neuróticos o preneuróticos, que son la base de los cuadros que se presentan en edades posteriores.
- b—Estados psicóticos o prepsicóticos.

A la sintomatología esbozada en el cuadro I, se agregan los problemas que puede desencadenar la prueba de la escolaridad.

### III—INDICACIONES DEL PSICOANÁLISIS EN EL PERIODO PREPUBERAL.

Aparecen nuevos elementos relacionados con la vida social que el niño empieza a llevar y con el rechazo que este nuevo medio-ambiente hace al niño enfermo por sus síntomas:

- a—Agresividad
- b—Mentiras

- c—Robos
- d—Dificultades escolares.

### IV—INDICACIONES DEL PSICOANÁLISIS EN LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS PEDIÁTRICOS.

- a—Asma
- b—Eczema
- c—Vómitos crónicos
- d—Obesidad
- e—Anorexia

## BIBLIOGRAFIA

- 1) FREUD, ANA.: Psicoanálisis del niño (1927) Ed. Imán, Buenos Aires, 1951.
- 2) KLEIN, MELANIE: La psychanalyse des Enfants (1932), Ed. Presses Universitaires de France, París, 1959.
- 3) FREUD, ANA: Psicoanálisis del niño. Ed. Imán, Buenos Aires, 1951, pág. 69.
- 4) FREUD, ANA: Idem. pág. 126.
- 5) LEOVICI, DIATKINE, FAUREAU, LUQUET Y LUQUET Parat.: La Psychanalyse des Enfants en "La Psychanalyse d'aujourd'hui". Ed. Presses Universitaires de France, París, 1956, Pág. 191.
- 6) LEOVICI, S.: A Propos du diagnostic de la nevrose infantile, *Revue Francaise de Psychanalyse*, XIV, octubre 1950, 4, 581-595.

## VIII. — PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

Se ha considerado tradicionalmente que el psicoanálisis en esta época es particularmente difícil y está poco indicado, debido a la reagudización de los conflictos y a la inestabilidad afectiva, propias de esta etapa evolutiva, pero creemos que tal opinión depende de la técnica que se adopte. Resumiremos la opinión de los autores consultados. Hendrick (5) apenas si menciona el problema, pero señala que los resultados son mejores en los decenios 3º y 4º. Balser (1) lo recomienda para casos seleccionados y en edad cercana al fin del período, sin fundamentar ni la indicación ni sus restricciones; sugiere sí que la técnica ha de ser intermedia entre la de la infancia y la edad adulta, sin añadir detalle alguno. Nacht (8) admite que solo el adulto joven, desde el fin de la adolescencia hasta los cuarenta años, es de la incumbencia del psicoanálisis. Pero por otra parte piensa que está aconsejado en las "crisis de adolescencia", en las neurosis constituidas claramente, en los estados psicóticos y pre-psicóticos y en los llamados por él "desequilibrios psíquicos y de la delincuencia juvenil", además de algunos casos de fracasos en los estudios, de inhibiciones y de ansiedades, aun cuando en estos no pueda hablarse de neurosis totalmente estructuradas. Elizabeth de Garma (3) da por sentada su indicación y eficacia, lo mismo que Melanie Klein (6), aun cuando hacen hincapié en importantes modificaciones de la técnica, con el objeto de evitar la huida temprana, a causa de la rebeldía y desconfianza propias de la edad. Según la última autora, los principios básicos deben conservarse: resolución de resistencias, interpretación de contenidos, permanente referencia de lo transferencial a las situaciones originales, etc., como en el adulto; y las variaciones técnicas que introduce las resumimos así: como los jóvenes, al igual que los niños, suelen su-

frir una ansiedad más aguda que la de los adultos, es necesario abordarla prontamente, centrada en la transferencia, lo mismo que la culpa inconsciente. En la pubertad, la angustia conduce a una liberación aguda que se expresa bajo la forma de resistencia obstinada y violenta que puede provocar la interrupción del tratamiento. Hay que buscar inmediata y obstinadamente los aspectos negativos de la transferencia. Señala la autora que, analizando muchachos de esta edad, encontró repetidas veces que esperaban ataques físicos de su parte, en las primeras sesiones. El trabajo de interpretación debe, pues, dirigirse a la parte del material asociado con la mayor cantidad de ansiedad latente, a las fantasías sádicas subyacentes y a los mecanismos de defensa que usa el yo para dominarlas. O sea, seguir un poco las amenazas del super-yo, los impulsos del ello y las tentativas del yo para conciliarlos a ambos. Glover (4) recomienda el análisis en algunos trastornos sexuales, tales como impotencia, bisexualidad facultativa, etc. Kline (7) señala las siguientes indicaciones, en un estudio referido a niñas, pero obviamente extensible al sexo opuesto: presencia de ansiedad o de miedos sin razón adecuada, meticulosidad excesiva, insomnio persistente, pérdida de la facilidad para concentrarse, disminución del interés o del entusiasmo, dificultades escolares, timidez excesiva, desafíos a la autoridad, reacciones exageradas en aspectos sexuales, enfermedades psicósomáticas, hurtos, mentira patológica, ingestión excesiva de alcohol, dificultades interpersonales y pronunciada necesidad de dependencia. Juzga el autor que el final de la adolescencia es ideal para el acercamiento psicoterapéutico a los problemas emocionales. Friedlander (2) lo encuentra posible, también mediante modificaciones técnicas, en la delincuencia y en las anormalidades sexuales, especí-

ficamente. Pearson (9) lo considera el método de elección en las neurosis de transferencia, pero señala las siguientes condiciones: conciencia de enfermedad; sensación de miedo e inseguridad no justificados; evolución corta del síndrome; existencia de escasos beneficios

secundarios; poca intensidad de la conducta narcisista; mayor beneficio real de la mejoría que de la enfermedad. Señala, por último, que en la esquizofrenia es el único sistema que tiene alguna posibilidad del éxito.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) BALSER, B. H.: Dynamic Psychiatry of the adolescent. En "Progress in Psychotherapy", Vol. III. Ed. por H. Massrman y J. L. Moreno. Grune and Stratton, New York, 1958.
- 2) FRIEDLANDER, K.: Psicoanálisis de la delincuencia juvenil. E. Paidós, Buenos Aires, 1962.
- 3) GARMA, E., en GARMA, A.: El Psicoanálisis. Teoría, Técnica y Clínica. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1962.
- 4) GLOVER, E.: Technique de la Psychanalyse. Presses Universitaires de France, 1958.
- 5) HENDRIK, I.: Hechos y teorías del psicoanálisis. Ed. Suramericana, Buenos Aires, 1950.
- 6) KLEIN, M.: El Psicoanálisis de niños. Ed. Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, 1948.
- 7) KLINE, C. L.: Recognizing emotional problems in adolescent girls. Wisconsin M. J. 52: 482-486, Sept., 1953.
- 8) NACHT, S.: El Psicoanálisis, hoy. II Tomo. E. Luis Miracle, Barcelona, 1959.
- 9) PEARSON, G. H. J.: Trastornos emocionales de los niños. E. Beta, Buenos Aires, 1953.