

# CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

## SUMARIO

III Congreso Nacional de SEPYPNA  
(Palma de Mallorca, Octubre 1988)

- M. SOULÉ y B. GOLSE: «Aspectos psicodinámicos de la muerte súbita (inesperada) del recién nacido»
- M. GITNACHT: «Organos de los sentidos y estructuras psíquicas»
- M. PEREZ SANCHEZ: «Observación de bebés. Su importancia para la comprensión del desarrollo, psicopatología y prevención»
- L. F. CABAILEIRO: «Espacios para lo psíquico en el trabajo preventivo de un programa materno-infantil»

### Comunicaciones libres

- J. PERTEJO: Recesión

**N.º 6** 1988

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y  
Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

## JUNTA DIRECTIVA DE SEYPNA

### **Presidente:**

L. Fernando Cabaleiro (Madrid)

### **Vicepresidente:**

Alberto Lasa (Bilbao)

### **Secretario:**

M.<sup>ª</sup> del Valle Martín (Madrid)

Vicesecretario:

Luis Martín (Madrid)

Tesorero:

Jaume Baró (Lérida)

### **Publicaciones:**

Marián Fernández Galindo (Madrid)

Vocales:

Isabel Gómez (La Coruña)

Juan Manzano (Ginebra)

Ricardo Sanz (Valencia)

Cristóbal Serra (Mallorca)

### **Directora de la publicación:**

Marian Fernández Galindo

### **Comité de Redacción:**

L. F. Cabaleiro

I. Martín Cabré

B. Rodríguez Braun

M. L. Alfaya

Suscripciones:

Marian Fernández Galindo

Pirineos, 21

28040 Madrid

## ORGANOS DE LOS SENTIDOS Y ESTRUCTURAS PSIQUICAS

Por Mauricio GITNACHT

Largos años de trabajo con pacientes adultos, niños y adolescentes, me llevaron a reflexionar y a interrogarme sobre los orígenes de las **perturbaciones** de mis pacientes, así como debéis de haberlo hecho más de una vez vosotros mismos.

La importancia de un **trastorno** precoz en la relación madre-hijo y su repercusión en los fenómenos psicopatológicos (tema central de este congreso) fue siempre una de mis preocupaciones. En la conferencia núm. XXXIII dirá Freud: «La observación muestra, de una manera que no deja lugar a dudas, que las experiencias infantiles tienen su importancia propia y la manifiestan ya en la infancia. Análogamente, como el estudio de los sueños infantiles nos condujo a la comprensión del fenómeno **onírico** en los adultos, puede también la investigación de las neurosis de la infancia ahorrarnos más de un error en la comprensión de las neurosis que atacan al sujeto en épocas más avanzadas de su vida. Tales neurosis infantiles son mucho más frecuentes de lo que se cree, pero suelen pasar inadvertidas, siendo consideradas como signos de perversidad o mala educación que los educadores del niño se esfuerzan en reprimir». Y continúa Freud: «Cuando en una de las fases más avanzadas de la vida surge la neurosis,

nos revela siempre el análisis que se trata de la consecuencia directa de una dolencia infantil del mismo género, dolencia que no se manifestó por entonces sino velada y esquemáticamente. Pero existen casos en que esta neurosis infantil perdura sin solución de continuidad a través de toda la vida del sujeto. Algunas veces hemos podido realizar en los niños algunos análisis de este género de neurosis, pero la mayor parte de las veces hemos tenido que conformarnos con deducir su existencia del examen de una neurosis adulta». Hasta aquí, Freud.

La importancia fundamental de la primera relación del bebé con el seno materno y su rol en la estructuración psicosexual del futuro individuo fue intuida por Freud desde siempre, pero es a mi entender en la conferencia núm. XX de la Introducción al psicoanálisis que explicita con claridad y con la elegante prosa que le es característica, este concepto. Dice Freud: «Si el niño de pecho fuera capaz de comunicar sus sensaciones, declararíase desde luego, que el acto de mamar del seno materno constituye el más importante de su vida. Diciendo esto no se equivocaría grandemente, pues, por medio de él, satisface al mismo tiempo dos grandes necesidades de su vida: la de alimentarse y satisfacer su líbido oral. No sin cierta sorpresa averiguamos por medio de psicoanálisis, cuán profunda es la importancia psíquica de este acto, cuyas huellas persisten luego toda la vida. Constituye en efecto el punto de partida de toda la vida sexual, y el ideal jamás alcanzado de toda vida sexual ulterior, ideal al que la imaginación aspira en momentos de gran necesidad y privación».

Melanie Klein retoma estos conceptos de Freud, y construye con ellos los pilares con los cuales va a desarrollar y conceptualizar sus teorías, en las que las relaciones del

bebé con el pecho de la madre, real o fantaseado, van a constituirse en los elementos a partir de los cuales se va a estructurar el aparato psíquico.

En todo momento oímos hablar del aparato psíquico, de su estructura, de su funcionamiento. Abordamos los distintos mecanismos de esta estructura, su dinámica, para comprender mejor el desarrollo y el funcionamiento mental, normal y patológico. Pero mi impresión es de que no nos interrogamos lo suficiente acerca de cómo llegó a formarse esta estructura, quizá porque es tan compleja o quizás también porque tenemos que enfrentarnos con fenómenos que nos muestran nuestras limitaciones.

La observación de bebés, disciplina difícil, pero que sin embargo figura en el programa de formación de varios institutos de psicoanálisis, fue y es la prueba de esta inquietud desde hace mucho tiempo.

Diversos autores, empezando por Freud y M. Klein se preocuparon y se preocupan de esta problemática.

El aparato psíquico, aparte su contexto anatómico, es el resultado del encuentro de una estructura potencial y otra, ya hecha, bien o menos bien estructurada, la de la madre (o sustituto) indispensable para que ello ocurra.

En 1895, Freud escribe su «Proyecto de una Psicología para Neurólogos»; en ella trata de conceptualizar la evolución del aparato psíquico y su fisiología, pero lo hace más bien desde un punto de vista mecanicista. Freud nunca publicó este trabajo, que tiene el mérito de anticipar

conceptos que va a desarrollar posteriormente. En él ya habla del YO como de una organización, y del papel de los órganos de los sentidos como receptores que van a cargar las neuronas constituyentes del futuro YO. A mi entender anticipa así su famosa frase: «el YO es ante todo un YO corporal», punto de partida de la teoría estructural. Los órganos de los sentidos tendrían en un principio la función de recibir y transmitir información, INTROYECTAR y PROYECTAR. En otras palabras de buscar y ponerse en contacto con el objeto de quién va a depender y de quién depende para sobrevivir.

Las transformaciones evolutivas que tienen lugar durante los primeros meses de vida del bebé, exceden con mucho las de cualquier otro período y van a sentar las bases de la estructura mental del futuro individuo.

Mucho se habla del estado de desamparo con el que el bebé viene al mundo. Desamparo que implica la absoluta necesidad de que se ocupen de él: de un objeto maternal que funcione en el sentido de que no sólo se ocupe de sus necesidades primarias, hambre, sed y un abrigo que compense en parte el calor que acaba de perder, sino también sensible por empatía al dolor que la pérdida brutal de la protección intrauterina le brindaba. Todo él (el bebé) es un órgano sensible, que a su vez presenta órganos privilegiados a través de los cuales va a recibir estímulos y va a ponerse en contacto con el mundo exterior e interior.

No puedo aún presentarles una teoría coherente y confiable de un aparato psíquico funcionando totalmente desde el principio de la vida; si bien ciertos autores nos han presentado algunas hipótesis sobre el psiquismo fetal.

Los sentidos perciben, emiten y elaboran lo que perciben; no es difícil imaginarse la complejidad de estas funciones desde el punto de vista fisiológico, pero dejemos este aspecto a los neurofisiólogos. A nosotros psicoanalistas, psicoterapeutas, psiquiatras, nos interesan especialmente los procesos de proyección e introyección que se hacen a través de los mismos (órganos de percepción) y sobre todo la subjetividad que las caracteriza. Subjetividad desde el punto de vista del sujeto así como del objeto, lo intersubjetivo.

De este intercambio, de esta interacción que se establece desde la primera relación de objeto, órganos de los sentidos de por medio, van a constituirse los elementos constituyentes del YO primitivo.

Para que este YO primitivo evolucione de una manera satisfactoria es indispensable que los órganos de los sentidos sean capaces también de estructurarse como elementos de paraexcitación, tanto de los estímulos que provienen del mundo externo, así como del mundo interno. El primer contacto del neo-nato con el objeto y luego los objetos va a hacerse siguiendo, como nos lo enseñara Freud, de acuerdo al principio de placer-displacer. Para que este modo de funcionar evolucione a uno más complejo como acabamos de ver, capaz de funcionar como barrera de paraexcitación es necesario que el objeto materno posea una estructura capaz de funcionar en este sentido, es decir, capaz de cumplir con su función de amortiguar la violencia con que los estímulos que provienen del exterior impactan en el bebé. M. Klein habló de la necesidad de la madre de metabolizar las primeras angustias del bebé; Bion desarrolló aún más este concepto al referirse a la capacidad de «reverie» de la madre.

En el cuadro clínico que pasaré a describirles dentro

de un momento, voy a referirme a una madre que justamente no sólo no pudo cumplir con su función de paraexcitación, sino que por el contrario, se constituyó en una fuente de estímulos patológicos que provocaron un severo trastorno en el desarrollo del YO de su bebé.

Hablando del primer contacto del bebé con el objeto, Freud la señala como la primera relación capaz de satisfacción, así como también el primer objeto percibido como hostil y como primer objeto utilizable como fuerza auxiliar. No creo necesario recalcar la importancia de esta observación.

Sin hablar específicamente de introyección-proyección, funciones por excelencia de la percepción mediante los órganos de los sentidos y su especificidad, Freud dice que es a través de sus semejantes que el bebé aprende a conocer, dice: «Los complejos perceptivos emanados de éstos (sus semejantes) le permiten compararlos con los suyos, a través de la vista, oído, olfato, gusto, tacto, etc.», y nos anticipa, a mi entender, otro concepto de la mayor importancia, el de la percepción del dolor, tanto físico como psíquico. Dirá «el dolor es percibido como displacer y la fuente de la cual emana como hostil», agregará: «la reproducción del dolor a través del recuerdo sería la fuente de la angustia». A mi entender se trataría aquí de un primer intento de comprensión del concepto de angustia en la obra de Freud.

En el capítulo siete del libro de los sueños y refiriéndose a la conciencia, Freud dice que ésta es «como un órgano sensorial destinado a la percepción de las cualidades psíquicas, y excitable durante la vida despierta desde dos puntos diferentes; en primer lugar desde la periferia

del aparato, especialmente desde el sistema de la percepción, y además por las excitaciones placientes y displacientes que emergen como única cualidad psíquica en las transformaciones de energía desarrolladas en el interior del aparato psíquico».

La conceptualización de la conciencia como un órgano sensorial capaz de percibir tanto el mundo externo, así como el mundo interno es, a mi entender, la piedra angular para la comprensión de la estructura psíquica tal como la entendemos en términos psicoanalíticos.

La conciencia no existe desde el comienzo, no forma parte del bagaje biológico del individuo, tendrá pues que desarrollarse y organizarse de una manera especial, como un órgano psicológico a partir de lo biológico, así como de la interacción indispensable entre sujeto y objeto. Una falla en este proceso se halla a mi entender en todos los casos de psicosis y pre-psicosis infantiles. Asimismo, en los pacientes adultos que vienen al análisis por problemas aparentemente neuróticos, y que durante la cura se descubren como lo que yo denomino estructuras post-psicóticas.

Donald Meltzer, en exploraciones sobre el autismo, aborda una problemática similar, cuando dice que el autismo tendría su origen, entre otros factores, en un estado de hipersensualización del bebé que buscaría entonces la fusión con el objeto; según Meltzer, ello impediría el desarrollo eficaz de la identificación proyectiva como defensa.

A continuación voy a referirme al caso de un paciente que vino al análisis a causa de graves crisis de angustia, que según sus palabras, amenazaban su vida. Este caso,

espero, me permitirá ilustrar algunos de los conceptos a los cuales hice referencia.

Mi paciente, al que llamaré Atilio, hijo único de un matrimonio humilde, dormía con su madre durante los días de semana, mientras su padre trabajaba en un país limítrofe, lo cual le permitía pasar los fines de semana con su mujer y su hijo: éste debía entonces dormir solo o compartir el lecho con sus padres. En todo caso, para él la realidad, su realidad, era la de que él compartió la cama de sus padres hasta la edad de cinco años. Otro recuerdo traumático era el de que a los cinco años sus padres decidieron trasladarse a la ciudad en la que trabajaba el padre; como la madre se vio entonces obligada a trabajar, Atilio fue internado en un orfanato. Este hecho coincidió con el comienzo de su escolaridad. La madre lo venía a visitar una vez por semana. Atilio relataba con todo detalle los síntomas que sufrió durante ese lapso: retraimiento, imposibilidad de contacto con los otros niños, enuresis, excitación psicomotriz, tics. Angustias cuando la madre tenía que venir a visitarlo, y crisis de desesperación y de llanto cuando se iba; comenzó a tartamudear (síntoma del cual sufre aún). A pesar de su sufrimiento y de sus síntomas, lograba aprender y estar a la par con los demás niños de su grupo, a lo largo de su escolaridad. Al cabo de un año, frente al deterioro que presentaba, aconsejados por las hermanas que dirigían el orfanato, los padres decidieron sacarlo.

Los recuerdos de Atilio posteriores a estos hechos son poco claros, salvo que los demás lo calificaban de «bizarro», raro, en todo caso que no se comportaba como los demás niños. Según me contaba, desarrolló defensas obsesivas muy extremas: juntaba objetos inútiles de los cuales no se podía desprender, así como no podía des-

prenderse de cualquier otro objeto que hubiera utilizado: estructuró rituales que lo angustiaban, pero que no podía dejar de realizar. Al entrar en la adolescencia, se agregaron a los síntomas precedentes delirios de persecución, sobre todo de índole homosexual.

Las defensas obsesivas fueron haciéndose cada vez más importantes en un intento de conjurar los delirios, pero a la larga se mostraron ineficaces. Finalmente fue internado a los 22 años por un período de dos años. Deseo destacar que Atilio había logrado terminar antes de su internación la escuela secundaria y comenzado la universidad, que terminó estando internado.

Esto se debió a que mi paciente había logrado una disociación muy severa entre sus aspectos neuróticos adaptados a la realidad y con adecuadas capacidades para el estudio y el aprendizaje por un lado, y por otra parte una severa psicosis controlada, como dije, por rituales obsesivos, delirios homosexuales y una variada gama de otros síntomas que obligaron a su internación.

He intentado explicar el origen de la enfermedad de Atilio, utilizando algunas hipótesis acerca de su desarrollo temprano.

La primera es la de un estado depresivo de la madre, en gran parte provocado por el abandono por su esposo durante la semana de trabajo. El nacimiento de Atilio había ocurrido entonces con gran ambivalencia por parte de ella, lo que me permite pensar que la depresión se intensificó en el post-parto. De este modo, la madre no sólo no fue un respaldo y un continente adecuado para

su bebé, sino que luego, además de la sobreexcitación que implicaba la cohabitación y el colecho, lo habría hecho objeto de caricias y estímulos inadecuados a su aparato psíquico tan primitivo, para en un segundo tiempo abandonarlo en un orfelinato.

Si mencionamos la posible depresión de la madre no podemos dejar de tomar en cuenta los factores inherentes al niño, ya que Atilio podría haber hecho un autismo psicógeno o una psicosis infantil irreversible con un deterioro psíquico irrecuperable. Aquí las series complementarias de Freud me parecen tomar una importancia relevante aunque hoy en día se oiga hablar muy poco de ellas.

Los primeros meses de análisis de Atilio fueron difíciles; una vez acostado en el diván, el tartamudeo y los tics tomaban una amplitud insospechada. El relato de sus delirios así como de los rituales múltiples que se veía obligado a realizar antes y después de la sesión ocupaban gran parte de las mismas, para dar lugar luego a sus delirios, que como ya dije, eran sobre todo de índole homosexual.

Atilio nunca actuó estas fantasías homosexuales. Analizadas una y otra vez en la transferencia, pudimos descubrir que representaban el anhelo del bebé de poseer un padre que, como vimos, era un padre que aparecía y desaparecía durante los primeros años de su vida. Transformándose en mujer, satisfacía la fantasía de incorporar, oral o analmente, las cualidades masculinas tan deseadas por él. Sólo pudo lograrlo luego de muchos años de análisis y de identificación conmigo.

Desde el comienzo fueron evidentes los mecanismos de defensa que utilizaba; además de los ya expuestos y

que podríamos catalogar como más o menos neuróticos, el clivaje y la identificación proyectivas así como la omnipotencia y la idealización hicieron su aparición, es decir mecanismos mucho más psicóticos. También se mostró desde el principio muy sensible y susceptible. El aparato perceptivo de mi paciente era, diría yo, hiperexcitable; mis interpretaciones tenían que ser breves y con él más que con otros pacientes, el timing era de suma importancia. Diría que, acostado en el diván, Atilio se convertía en un bebé desesperado, en busca de una mamá que lo contenga, que le sirva de aparato de paraexcitación, frente al suyo deficiente. Esto ponía por supuesto a prueba, mis propios órganos y mi sistema de percepción.

Mi hipótesis es que la madre de Atilio, deprimida, narcisísticamente deficitaria, lo utilizó para paliar su herida (narcisista) usándolo como su complemento. Es así que de bebé, Atilio se vio expuesto desde los primeros días después de su nacimiento a una sensualización precoz (erotización) por parte de la madre, incapaz de funcionar, en consecuencia, de continente eficaz para su hijo.

Ya nos enseñó Freud («Tres ensayos») que al nacer toda la superficie corporal del niño debe considerarse como una zona erógena que poco a poco se va a ir diferenciando, es decir que gracias a los cuidados maternos y según también la carga filogenética que tenga, van a privilegiarse unas en detrimento de otras que van a sucumbir a la represión.

El encuentro de un objeto altamente erógeno (la madre en este caso) con un sujeto (el bebé) todo él capaz de ser erotizado, lo exponen desde muy temprano a buscar fusionarse con el objeto como defensa; pero esto va a

crear en el bebé grandes cantidades de angustia, en un momento en el cual no es capaz de utilizar la identificación proyectiva como defensa.

Atilio me daba la impresión de utilizar cada uno de sus sentidos para proyectar fuera de sí sus fantasías erótico-persecutorias construidas de objetos parciales. Se sentía perseguido por ejemplo por enormes penes, y para defenderse se veía luego obligado a desandar varias veces un camino ya transitado, o reintroducir una llave en su cerradura tantas veces hasta que a menudo el agotamiento lo obligaba a renunciar al propósito que había desencadenado el ritual. Pasar por una puerta automática era impensable ya que no había conseguido estructurar un ritual que le permitiera conjurar la fantasía de que la puerta guillotina lo castrará. Atilio recién pudo hablarme de sus rituales y fantasías después de mucho tiempo empezado su análisis. Los tics parecían estar al servicio de una estructura que debía defenderlo tanto de estímulos visuales venidos de afuera como de adentro.

La agitación, la angustia y el caos del mundo interno de Atilio, y que se continuaba también en su mundo externo, fueron calmándose poco a poco, en la medida en que las sesiones le servían de encuadre, y mis sentidos de modelo de paraexcitación.

A la hipótesis de una relación de mi paciente con una madre depresiva debemos agregar la de la ya mencionada hipersensualización. Para Atilio era inconcebible imaginarse una relación sexual entre sus padres, la escena primaria era inexistente. En su historia no faltan elementos para suponerlo repetidamente expuesto a la misma. La primera relación sexual de Atilio tuvo lugar cuando tenía 27 años.

La fantasía de Atilio era la de poder tener relaciones sexuales con prostitutas, ya que decía, que ello no implicaba ningún riesgo de compromiso emocional. La posibilidad de ligarse afectivamente a alguien lo horrorizaba. En su relación conmigo, negaba la existencia de una relación distinta de la que fantaseaba con una prostituta. Yo debía servirle para evitar que se desintegrara a causa de sus rituales, obsesiones y proyecciones que lo agobiaban. Cualquier interpretación que tendía a mostrarle cómo no hacía más que negar su vida afectiva y su dependencia terapéutica, era recibida con aparente frialdad e indiferencia. Lo más que conseguía admitir era un «puede ser pero yo no siento nada», lo cual cuando pudo expresarlo, fue considerado por mí como un progreso importante. Sin embargo, jamás faltó ni llegó tarde a una sesión. Su aparato perceptivo era utilizado casi exclusivamente para proyectar, su capacidad integrativa era altamente deficitaria, y durante los primeros años de análisis mi función debía limitarse casi a servirle de sistema de paraexcitación auxiliar, continente de sus proyecciones. Para Atilio, yo tampoco tenía vida afectiva. El amor, el odio, la agresividad, eran términos sin contenido emocional para mi paciente. Poco a poco, Atilio pudo ir modificando este sistema deficitario transformándolo en otro más adecuado. Su aparato perceptivo comenzó a funcionar de una manera más integrada. La identificación proyectiva era menos masiva y por lo tanto la identificación introyectiva se hizo posible. Concomitantemente consiguió establecer una relación estable de pareja.

Atilio corresponde a aquellos casos de psicosis infantil que evolucionaron sin ser diagnosticados ni tratados. Remisiones y reestructuraciones parciales tuvieron lugar durante la primera y segunda infancia. La eclosión puberal y adolescente con la hipersensualidad que la caracteriza, dismanteló la precaria capacidad integradora del sistema perceptivo con el resultado que ya conocemos.

Para terminar quisiera subrayar la importancia de los diagnósticos precoces, especialmente en el caso de niños que presentan síntomas como los que acabo de describir a través de mi paciente. Asimismo, cuando historiamos los primeros desarrollos de la vida de un paciente, recomiendo prestar atención a todo tipo de lo que yo denomino «catástrofes infantiles»: enfermedades tempranas de la madre y del bebé, separaciones muy precoces, como supone la internación del bebé o intervenciones quirúrgicas, alejamiento del padre o fallecimiento de uno de los progenitores u otro familiar, que suponen estados depresivos de la madre, etc. La lista podría ser muy larga, pero sobre todo insisto en no dejar pasar estos episodios sin darles importancia. Esto no sólo nos permitirá una mejor comprensión de la psicopatología del adulto, sino que podríamos evitarla gracias a la indicación y la instauración de un tratamiento precoz.

\* \* \*

**P.:** **Fernando Cabaleiro**, Madrid. «Me ha encantado tu exposición y... hay muchas cosas que comentar pero querría que no se escapase ese concepto tuyo, aunque sea un poco marginal a la exposición, de **post-psicosis**. ¿Podrías explicarnos un poco tu idea? porque intuyo que puede ser muy interesante».

**R.:** Bueno, lo que yo llamo post-psicóticos son esos casos de niños que, como ya decía Freud, son considerados como niños neuróticos, o niños hiperexcitables, niños caracteriales, que se las van arreglando bien, que entran y salen de esos estados sin manifestar nunca una psicosis franca, o un estado pre-psicótico que pueda ser calificado de tal si no se hace un diagnóstico fino. Pero en mi práctica, en la experiencia con pacientes borderline y psicóticos, casi siempre, yo diría que siempre, consigo, a través del análisis, a través de la relación transferencial, descubrir que, en épocas muy tempranas, tuvieron estados de descompensación, problemas que fueron calificados como caracteriales, o de mala educación o esos «bueno, es un chico especial, raro, se le va a pasar, no tiene importancia...», y yo considero que es fundamental que les demos a esos niños toda la atención posible, y que se hagan indicaciones de tratamiento lo más precoces posible, como profilaxis de los estados psicopatológicos del adolescente y del adulto, pero sobre todo del adolescente, porque en ese momento, la eclosión pulsional va a desencadenar lo que estaba latente, porque esos niños funcionan con clivajes y con mecanismos de defensa que son útiles hasta cierto momento, pero fracasan después.

**P.:** **Hanna Segal**, Londres. «Estoy muy impresionada por su exposición, pero... voy a plantearle algunas cues-

tiones: Vd. dice que al comienzo no hay conciencia, pero... yo no sé, como en francés la palabra tiene dos sentidos... ¿Vd. hablaba de **consciousness** o de **conscience?**».

—Yo hablaba de consciousness...

«Entonces, no estoy de acuerdo, porque yo creo que desde el comienzo hay conciencia... se organiza, se desarrolla, pero la conciencia no es solamente un potencial. Yo creo, como dije ayer, que existe desde el comienzo, aunque después no haya ningún incentivo para su desarrollo. Hay conciencia de ciertas cosas, como del dolor... es por ello que se desarrollan mecanismos de defensa. Pero, volviendo a su caso clínico, me recuerda enormemente a un psicótico que yo tengo, con una sintomatología un poco diferente, puesto que él hace enormes crisis maníacas.

Es siempre megalomaniaco, incluso cuando no está en crisis, incluso cuando no se ve como el presidente de los Estados Unidos, entonces es el más grande amante, o el más grande...

El ha hecho una análisis antes de estar conmigo, en el que ha dejado de ser homosexual para ser únicamente un donjuan, si bien, un donjuan absolutamente patológico.

Tiene una madre extremadamente erotizante, al comienzo el padre también estaba ausente...

Creo que, como en el caso de Vd., detrás de la erotización está, no solamente la sobreexcitación, sino que hay también una gran proyección de depresión, y que él toma de su madre una situación interna destruida y una defensa erótica contra el duelo.

Pero yo no estoy de acuerdo con Vd. cuando dice que la erotización **impide** la identificación proyectiva. En el caso del que le hablo, la erotización **es el medio** que utiliza la identificación proyectiva. El momento de la erotización es la base de la megalomanía. Para él, erotización es convertirse completamente en su madre, tener un contacto erótico y, al mismo tiempo, poseer y ser completamente su madre, lo que está también en la base de su megalomanía.

Cuando era adolescente —evidentemente, cuando era un bebé esto no tenía un sentido genital—, pero cuando estaba en la adolescencia, tenía una fantasía: que su semen, sus espermatozoides, eran como pequeños maniquís que, implantados en la mujer la convertían en él mismo.

Es decir, que una vez que se entra en la mujer, la posesión es completa. De otra forma, él sentía esto mismo con sus ojos. Era extraordinario cómo... —él era profesor en la Universidad, era, por otra parte, un chico muy guapo— seducía a las mujeres y sentía... que sus ojos entraban, igual que sus espermatozoides, tomaban posesión, y él se convertía en la mujer.

Pero yo quería que Vd. nos hablara un poco de esto,

¿cómo piensa Vd. que la erotización impide la identificación proyectiva, en el sentido de Bion, de ser comprendido y contenido? Yo creo que se trata precisamente de una identificación proyectiva extremadamente omnipotente...».

**R.:** Le doy las gracias por lo que acaba de decir. Evidentemente reflexionaré sobre ello... Pero es importante lo que Vd. ha dicho a propósito del caso clínico.

Porque mi paciente..., los tics de mi paciente son sobre todo tics con los ojos: él guiña constantemente los ojos, y... también él es profesor en la Universidad, tiene también muchas mujeres a su alrededor... Evidentemente no puedo entrar en detalles pero hay una gran similitud entre su paciente y el mío.

**Alicia Schteingart**, Ginebra. «Yo quiero añadir algo, a propósito de lo que Vds. han discutido porque yo pensaba, a través de los pacientes de los que hablaré, que tienen trastornos psicossomáticos, que la erotización no es solamente un medio de utilizar la identificación proyectiva sino también de defenderse contra la depresión profunda del fracaso de la relación madre-hijo y que, en ese momento, es una tentativa de establecer un vínculo libidinal contra la pulsión de muerte que se hace demasiado intensa».

**Hanna Segal**. «Yo creo que en la erotización hay dos partes, una que es la libidinización como defensa contra el instinto de muerte, y otra, que es al mismo tiempo expresión de ese instinto de muerte. Porque

un síntoma es siempre un compromiso entre dos, pero, en la erotización de este joven psicótico del que hablé, creo que es instinto de muerte lo que lleva, porque la mujer muere, porque todas las veces la relación se rompe y todas las veces él tiene una fantasía de que la mujer va a suicidarse.

Entonces, es una defensa por libidinización, podríamos decir que sería no una integración entre instinto de muerte e instinto de vida, en la que el instinto de vida triunfa y el instinto de muerte se convierte en agresión útil, sino por el contrario, es un compromiso en el que el instinto de muerte lo arrasa, gana...».

**P.:** **Rodolfo Rodríguez**, Ginebra. «Yo estoy también muy interesado en la presentación de Mauricio porque me recuerda también dos casos de mi clientela. Querría preguntarle, interesado por el aspecto en que, recordando a Bion, habla de la parte psicótica y la parte neurótica... yo me preguntaba si este tipo de pacientes no se desarrolla así, en la medida que haya podido tener las primeras relaciones... Dices que hasta los cinco años, este niño dormía con sus padres, o con la madre hasta que su padre viniera los fines de semana, y esto lo consideras traumático. Pero a mí me parecía que también ahí había unas relaciones muy satisfactorias, que podían permitir a ese Yo apoyarse en algo sano, o en algo más neurótico, frente a lo que me parece a mí que fue el gran traumatismo, que fue la separación y el internado en el orfanato.

Por otra parte, quería decir que, en el caso de mis pacientes, lo que me parece muy saludable para poder tratarlos, es el hecho de que podían delirar, o

sea, que no sólo hay una personalidad en sector sino que había un delirio muy construido en torno al traumatismo y que eso era lo que se podía analizar para poder reintegrar todo, es decir, esa parte psicótica, al resto de la personalidad».

**R.:** Bueno, hay varios aspectos importantes en lo que acabas de decir... Para mí, el factor innato, **lo innato** es fundamental, lo mismo que el otro extremo, **lo adquirido**, también lo es. Aquí vuelvo a recordarles las series complementarias de Freud, es decir, que hay una complementariedad entre lo que es innato y lo que va a ir obteniendo el bebé a través de su relación con los objetos, que se va a hacer también a través de la carga libidinal con la que va a venir al mundo. En la medida que la carga libidinal sea más importante que las frustraciones, los desastres, digamos, mentales, psicológicos, van a ser menores.

Esta es una relación que debe tenerse en cuenta siempre.

Ahora, con respecto a lo que dices de que debió recibir cosas importantes, yo pienso que sí, que recibió importantes cargas libidinales y que se fue desarrollando, que la madre tenía una capacidad para dar amor, para dar abrigo, a pesar de ser erotizante, hipersexualizante.

Pero lo que a mí me hizo tomarlo en tratamiento, porque no era un paciente evidente, había sido rechazado al menos por una docena de colegas, **fue que él tenía conciencia de que estaba enfermo**. La

conciencia de enfermedad fue para mí un factor determinante para que yo lo aceptara como paciente, y también el hecho de que era inteligente. Me decía: «O yo me trato, o me tratan, o me aceptan, o no me queda nada por hacer», y esto era una amenaza de suicidio. La depresión estaba de por medio, lo melancólico profundo estaba también en la base, y también identificado a la madre depresiva, melacólica. Esos fueron los factores que a mí me hicieron pensar que podía ser tratado y, evidentemente, evolucionó bien. Pero, la conciencia de enfermedad es para mí un factor fundamental en la evolución.