



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA MATANZA
SECRETARIA DE POSGRADO**

**TESIS DE
MAESTRIA EN PSICOANÁLISIS**

CULPA Y RESPONSABILIDAD EN EL PROCESO PSICOANALITICO

Autor : ***Dr. Julio Nejamkis***
Director: ***Dra. Cecilia Hidalgo***

Buenos Aires, *noviembre 2006*

ÍNDICE GENERAL

Introducción	Página 1
Capítulo 1 Antecedentes bibliográficos	Página 9
Capítulo 2 Los casos clínicos	Página 59
Material clínico 1	Página 59
Material clínico 2	Página 68
Material clínico 3	Página 75
Material clínico 4	Página 90
Conclusiones	Página 105
Bibliografía	Página 111

CULPA Y RESPONSABILIDAD EN EL PROCESO PSICOANALÍTICO

INTRODUCCIÓN

En esta tesis analizaré los conceptos **de culpa y responsabilidad** a fin de contribuir a que el terapeuta pueda encontrar el estilo comunicacional adecuado para que el paciente logre *conceptuar* en lugar de sufrir.

Analizaré ambos términos, sus correlatos la **sumisión** y la **dependencia** y las técnicas a las que debe recurrir el psicoanalista para no reforzar los mecanismos masoquistas de destrucción, lograr que el paciente salga del estado de **culpa** y consiga hacerse **responsable** aún con el dolor psíquico que ello conlleva; permitir que el paciente sublime, *paso importante para el crecimiento maduro*, en lugar de enfrentar patológicamente la **culpa** mediante la **sumisión** frente al desvalimiento infantil y el temor a la pérdida del amor de sus progenitores.

En esta tesis se sostiene que la **culpa** es eminentemente persecutoria como respuesta a la agresión real o fantaseada que el paciente siente que ha realizado sobre sus objetos amados y se muestra como *necesita recurrir a defensas muy primitivas frente a esta culpa*, como son la escisión y la proyección en lugar de sentir pena y compasión por el daño realizado.

El punto fundamental es tratar de encontrar aquellas fallas que los psicoanalistas llevan a incrementar la **culpa** en sus pacientes, inconscientemente *contraidentificados con la sumisión* de estos.

Otro punto se refiere a la dificultad de los terapeutas para salir del **sometimiento** y hacer que el paciente en la transferencia asuma la **dependencia** o **inter.-dependencia** adulta, para que juntos emprendan el único camino válido para no caer en el masoquismo.

La **culpa** ha sido y es un tema central dentro de la teoría y la práctica psicoanalítica; ha sido el punto nodal de los problemas de los pacientes y una dificultad para la comprensión en los terapeutas. El problema radica en la confusión entre la **culpa**, tomada desde las religiones como aquello que los seres humanos deben expiar y por lo tanto merece castigo y la **responsabilidad** que es la respuesta de las personas frente a sus actos

tanto de origen consciente como inconsciente y del cual tienen que hacerse cargo en tanto implique un daño para sí o para terceros, con la obligación de reparar.

En la historia del psicoanálisis, es decir en los últimos cien años, los sentimientos de **culpa** y **responsabilidad** han sido sistemáticamente confundidos.

El diccionario de la Real Academia Española define la **culpa** “como una falta más o menos grave, cometida a sabiendas y voluntariamente”; es de mi entender agregar a lo consciente voluntario, lo inconsciente, dado que como analistas ése es nuestro trabajo, indagar el inconsciente y tratar de dilucidar sus motivaciones. Desde el punto de vista jurídico, que no es el nuestro, empalma la **culpa** con la **responsabilidad** y dice que “la **culpa** es lo que da legalmente alguna **responsabilidad** como deuda o u obligación de reparar y satisfacer por sí o por otro la consecuencia de un delito o una **culpa**”; esta definición incluye: 1º: el concepto de reparación y 2º: agrega delito que para nosotros no tiene el mismo significado ya que el daño puede ser fantaseado y vivido como delito, sin consecuencias legales y el D.R.A agrega : “cargo u obligación moral que resulta de posibles yerros en cosa o asunto determinado”, acá ya no se menciona “delito”.

S. Freud desde sus ensayos sobre “Duelo y melancolía” (1915) hasta el “Problema económico del masoquismo”(1926) y los sucesores de S. Freud (con contadas excepciones y parcialmente), *incurren en una confusión*, así M. Klein (1952) hizo de la **culpa** el centro de lo que ella llamó, posición depresiva, que es precisamente aceptar la **culpa** por los daños realizados y su reparación real y no maníaca (es decir omnipotente). En contradicción con lo que yo propongo, ya que la **culpa** exige un castigo y lo depresivo está relacionado con la pena por el objeto, es una aceptación **responsable** y reparatoria de los daños realizados.

Para salvar la contradicción que esta tesis reconoce y despliega, L. Grinberg (1963) abrió el tema y distinguió una **culpa** depresiva y una persecutoria, a que llamó “**culpa** paranoide”. Esto que parecería salvar el problema en realidad aumentó la confusión, los terapeutas seguían usando este concepto en las sesiones psicoanalíticas, creyendo que los pacientes entendían las diferencias, pero estos con más de tres mil años de sufrir las penitencias de la **culpa** no lo entendían y se sentían atrapados en una paradoja: si no aceptaban la **culpa** eran unos asociales y si la aceptaban, esperaban por parte del terapeuta un castigo y una reprimenda o un rechazo.

La presente tesis se propone una revisión y análisis de los más importantes aportes que se realizaron sobre este tema.

El objetivo principal de esta tesis como decíamos, es definir los conceptos de **culpa** y **responsabilidad** y sus correlatos, la **sumisión** y la **dependencia**, e identificar en las supervisiones de tratamientos psicoanalíticos, los momentos y las formas en que aparece la **culpa** y describir las interpretaciones acertadas o no del analista y estudiar cómo reaccionan los pacientes frente a ellas.

En segundo término trataremos de constatar si frente a la interpretación sobre la **responsabilidad**, aparece algún material que permita detectar un cambio en el discurso del paciente.

Por último señalaré los aspectos que hacen del sentimiento de **culpa** un fenómeno persecutorio; aquí aparecen dos conceptos que se articulan, por un lado el **sometimiento** como un correlato de la **culpa**, que produce un aumento de la misma, no sólo porque el paciente ve disminuida su autoestima sino porque entra en el círculo vicioso de quedar atrapado en la persona del terapeuta.

Por otro lado al surgir la **responsabilidad**, el paciente desarrolla la **dependencia**, como una interacción que aumenta el conocimiento sobre sí mismo y ayuda al psicoanalista a reconocer como era el paciente que comenzó el tratamiento y cómo va realizando sus cambios psíquicos.

La relevancia de este tema para el psicoanalista reside en que, en caso de no ser detectados estos sentimientos en su verdadera dimensión pueden ocurrir varios desenlaces no deseados:

- 1- La interrupción brusca del tratamiento por la **culpa** incrementada en el proceso.
- 2 -El impasse, que es un estado donde ambos participantes del proceso ven interrumpido el ciclo de asociación libre por parte del paciente y la atención flotante del psicoanalista, dado que ambos evitan enfrentar el tema de la **culpa** en la relación transferencial.
- 3- La continuación interminable del tratamiento porque ambos se necesitan: el paciente porque cumple sus deseos masoquistas y el terapeuta por que satisface su ambición sádica de dominio, cuando la **culpa** inconsciente del paciente no es esclarecida.

El psicoanálisis es un proceso que se desarrolla entre dos personas, que hablan de una de ellas, y no una adecuación intelectual entre psicoanalista y paciente.

Lo específico de la experiencia psicoanalítica son sus particularidades emocionales; poder descubrir los precursores de esas emociones, en nuestro caso: la **culpa** y la **responsabilidad**; consideramos de utilidad el estudio de las modificaciones del discurso verbal, paraverbal y preverbal del paciente.

Definiremos siguiendo a D. Liberman (1975) los llamados por este autor "universales semánticos emocionales" que son los sentidos y significados que cada persona adjudica a los estímulos que recibe y/o emite, tanto en los vínculos intra como los interpersonales. Desde ya articulamos la teoría psicoanalítica con la teoría de la comunicación. Cada personalidad tiene el predominio de un sistema semántico por sobre otros y esto da lugar a los estilos del habla con que los pacientes se expresan en sesión.

Cada uno de los estilos o patologías decodifica los universales semánticos **culpa** y **responsabilidad**, según su peculiar forma estilística y la forma de interpretar del analista debe adecuarse a un contra-estilo que permita al paciente comprender sin sentirse acusado o descalificado.

El psicoanálisis ha pasado de los historiales o descripciones clínicas, p.e. "El hombre de la ratas", a formulaciones de alto nivel de abstracción: pulsión, instinto, etc. En donde no aparecen los datos iniciales, para poder llegar a un paso intermedio que permita que se establezcan reglas de correspondencia.

Una de las ideas básicas de esta tesis es que enunciados casuísticos a generalizaciones empíricas o sea hipótesis inferidas por el enfoque interpretativo y el enfoque crítico. Que tendrán vigencia "sí y solo si" surgen fundamentalmente de las sesiones psicoanalíticas, que son para nosotros la unidad central de la investigación en psicoanálisis.

Mi forma de entender el enfoque interpretativo y crítico se basa en la descripción que hacen G. Klimovsky y C. Hidalgo (1998 Pág.21), donde el tema central es la "significación", porque las convenciones sociales están directamente relacionadas con fenómenos psicológico. Las conductas del ser humanos podemos considerarlas como signos.

"Los interpretativistas aducen que el científico social debe tener, frente a la sociedad una actitud parecida a la que el lingüista frente a los lenguajes o el semiótico ante los signos y sus propiedades: una actitud relativa a la captación del significado de la acción".(ibid. Pág. 22).

Pienso que esa debe ser la forma de enfrentar el material psicoanalítico, en especial en esta tesis tendrá un importancia fundamental el estudio del discurso de la pareja psicoanalítica.

Con respecto al enfoque crítico y siguiendo el libro antes citado que Klimovsky e Hidalgo lo vinculan con el libro de J. Habermas "Conocimiento e interés", pienso que el factor más importante de esta escuela es la ideología, pero a diferencia de los autores, que la ubican en los intereses sociales y posiciones políticas, nosotros pensamos que es una forma que tienen los seres humanos para decodificar sus universales semánticos.

Creemos que ambos enfoques pueden interrelacionarse de modo que al investigar el significado de algún material tenemos indefectiblemente que tratar de ubicar qué ideología subyace al discurso de ambos participantes.

¿Cuándo se cumple con la premisa de lograr generalizaciones empíricas en el material psicoanalítico? Según D. Liberman (1970) cuando por parte del paciente, este logra "establecer una hipótesis acerca de sí mismo" y "de la actividad que desarrolla el terapeuta en la sesión". En cambio desde la perspectiva del terapeuta, la hipótesis alcanzada se refiere a un descubrimiento acerca de quien es la persona que está tratando y también quien es él para la persona a quién está aplicando la terapia psicoanalítica.

La contrastación de las "hipótesis o sistemas de hipótesis" que el terapeuta realiza en sesión, se ven a posteriori investigando el diálogo con el paciente y sus variaciones en el tiempo del proceso. El método psicoanalítico tiene que abrir según nosotros lo entendemos, las disposiciones del analizando hacia un tipo de evolución y sólo en esas condiciones es posible obtener indicios observables que sirvan como datos iniciales para establecer nuevas hipótesis sobre el proceso psicoanalítico.

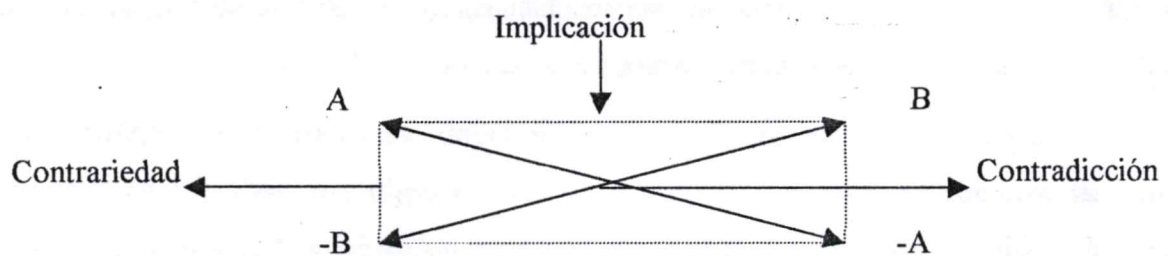
Por lo dicho anteriormente, adjudicamos al paciente una disposición a transferir, si se cumplen las premisas que a continuación describimos; todo esto constituye una *concepción operacional de la transferencia que tiene la ventaja de tomar en cuenta el*

método, nuestros rasgos personales y nuestra manera de aplicar dicho método, entiendo por operacional las ideas de Bridgman que sostiene que cada definición operacional es una especie de caracterización abreviada de un concepto, a ser utilizada únicamente en esa oportunidad. (Klimovsky e Hidalgo 1998, Pág. 135)

Las premisas que señalamos antes están constituidas por el contexto psicoanalítico que tiene en forma inclusiva: a) la situación psicoanalítica, b) el encuadre psicoanalítico y los elementos lingüísticos del habla de ambos participantes, paciente y terapeuta.

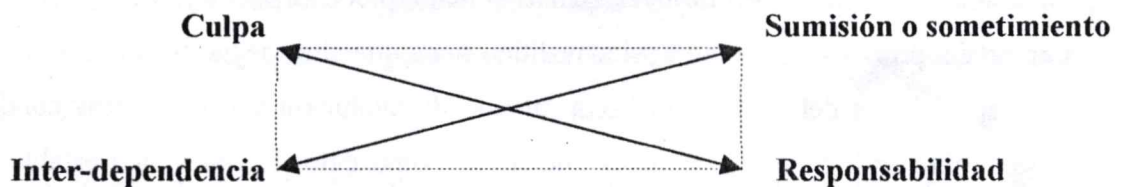
La situación psicoanalítica es el conjunto de hechos y relaciones entre paciente y terapeuta que dan lugar a un campo dinámico y los hechos que suceden en dicho campo se generan por la relación de la transferencia y contratransferencia. (ver notas)

Transcribo aquí un esquema basado en el cuadrilátero de Aristóteles que me permitió entender la relación entre **culpa**, la **sumisión**, la **interdependencia** o **dependencia** adulta como lo llamo y la **responsabilidad**.



Donde A y -A, como B y -B están en relación de contradicción y A y B tanto como -A y -B están en relación de implicación o presuposición y A y -B como B y -A están en relación de contrariedad.

Si aplicamos este modelo al tema por nosotros tratado tendríamos entonces:



Desde el punto de vista metodológico el proceso psicoanalítico corresponde al plano de las variables y el encuadre al plano de las constantes.

Merece un párrafo aparte la descripción del origen de la **culpa** inconsciente, ya que corresponde al ámbito de la fantasía inconsciente; entendiéndolo por tal como lo define Susan Isaac : "el corolario mental de instinto".

Desde el comienzo de la vida con el trauma de nacimiento, siguiendo luego con las distintas vicisitudes del transcurrir de la misma: el destete, la salida de los primeros dientes, el control de los esfínteres, el complejo de Edipo, la salida de los dientes permanentes, enfrentar la escolaridad, la pubertad, la adolescencia etc.; todos son situaciones traumáticas que vive y sufre el individuo y que provocan en él un resentimiento hacia sus padres y sucesores, que termina con una inmensa **culpa**.

Es lo que desde la religión se llamó **culpa** original, que no es más que el abandono que sufren las personas en el transcurrir de su vida; este desamparo provoca en los distintos momentos un odio hacia los que él supone lo han dejado expuesto sin protección. Desde ya este sentimiento provoca **culpa**, que siente injusta pero que no puede evitar.

En el transcurrir del proceso psicoanalítico se repiten estos estadios de la vida de los seres humanos, sufriendolos en la transferencia y que sólo se puede revertir si se logra interpretar acertadamente como llegaron a sentir una **culpa** tan profunda.

También el sentimiento de **sometimiento** es una fantasía inconsciente que como decíamos está implicada con la **culpa**, porque el individuo aprendió que si no acepta el estado de **sumisión** puede no sobrevivir.

Con respecto a la **responsabilidad** y la **dependencia** son sentimientos adquiridos en transcurso del tiempo, y en función de la experiencia que algunos logran en el transcurso del paso de su historia; otros en cambios quedan fijados a esas etapas anteriores. Sólo el tratamiento psicoanalítico puede con mucha paciencia y tolerancia al dolor mental causado por reconocer el odio primitivo, entender los motivos inconscientes del mismo, y por último hacer el viraje hacia reparación de los daños que supone ha provocado ese odio, desde ya en la fantasía.

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Síntesis y discusión de los distintos autores psicoanalíticos sobre **culpa** y **responsabilidad**

Sigmund Freud

En el libro sobre la "Interpretación de los sueños" (1900 Pág.235) dice *"Después de explicar que la figuración dramática propia de los sueños, el que compriman en el lapso más breve el más complejo proceso mental, y la desvalorización y contaminación – admitidas también por él- de los elementos de representación en los sueños pueden aducirse como atenuantes al juzgar su apariencia inmoral, confiesa que la negativa de toda –responsabilidad por los pecados y culpas oníricos está expuesta a las más serias reservas"*.

En éste párrafo es clara la confusión entre **culpa** y **responsabilidad** en la obra de S. Freud, pero permite ver como ya percibía que ambas estaban conectadas en el inconsciente, siendo los sueños el lugar de privilegio para observar como se relacionan y como se diferencian. Aquí describe como la **culpa** actúa siempre como si el soñante fuera merecedor del castigo, por lo que podemos deducir que este sentimiento es muy primario, y que para que alguien logre hacerse **responsable** de sus sueños sin castigo deberá analizar sus fantasías muy profundamente.

S. Freud (1914, Tomo 17 pag.110) nos dice: *"En unos meses de trabajo se logró dominar un fragmento de la transferencia todavía no superada, desde ese, el paciente a quien la guerra privó de su fortuna y de todos sus vínculos familiares, se sintió normal y tuvo un comportamiento. Acaso justamente su miseria, por la satisfacción de su sentimiento de culpa contribuyo a afianzar su restablecimiento."*

En este párrafo S. Freud muestra algo que más adelante será tomado por gran cantidad de psicoanalistas, a saber que "la satisfacción del sentimiento de **culpa** restablece", lo que tratamos de demostrar es que por el contrario, lo que se logra es que la **culpa** se desplace hacia otros síntomas.

En "Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica" (1918 Tomo 17 Pág. 159) , S. Freud escribe: *"Empero, la persona curada a medias puede emprender unos caminos*

menos inocentes; por ejemplo, en el caso de un hombre, buscando una ligazón prematura con una mujer. Señalaremos de pasada que matrimonio infeliz y achaque físico son los sucedáneos más usuales de la neurosis. Satisfacen en particular la conciencia de culpa (necesidad de castigo) en virtud de la cual muchos enfermos se aferran tenazmente a su neurosis."

Excelente descripción de un momento del proceso psicoanalítico y las dificultades a que la **culpa** da lugar, el castigo será buscado por algún lado y renunciar a "proseguir el proceso de neurosis de transferencia" por un escape a la supuesta cordura, da lugar a enfermedades físicas y matrimonios infelices.

En el "Yo y el Ello" (1923, pag.29) nos dice: *"A medida que vamos coligiendo que un sentimiento de culpa de esa clase desempeña un papel económico decisivo en gran número de neurosis y levanta los más poderosos obstáculos en el camino de la curación. Si queremos adoptar el punto de vista de nuestra escala de valores tendríamos que decir: No sólo lo más profundo, también lo más alto en el yo puede ser inconsciente. Es como si de este modo nos fuera demostrado lo que antes dijimos del yo consciente, a saber, que es sobre todo un yo cuerpo."*

Evidentemente para Freud el descubrir que también sentimientos en la más alta escala de valores sean inconscientes como la autocrítica o la conciencia moral muestran que para él hasta ese momento sólo era inconsciente lo reprimido como sexual, ahora ese concepto tiene una ampliación notable. Así aparece el Superyó que deviene de la conciencia moral y en sentimiento de **culpa**, pero también las exigencias del ideal del yo son sentidas como sentimiento de **culpa**. El paciente no dice que es **culpable**; él no se siente **culpable**, sino enfermo.

En los "Los vasallajes del Yo" (1923, Tomo 19, pag.51) nos dice:

"Y más todavía: quizás es este factor, la conducta del ideal del yo, el que decide la gravedad de una neurosis. Por eso no rehuiremos algunas puntualizaciones sobre el modo en que el sentimiento de culpa se exterioriza en diversas condiciones. No es fácil para el analista luchar contra el obstáculo del sentimiento inconsciente de culpa. De manera directa no se puede hacer nada; e indirectamente, nada más que poner poco a poco en descubierto sus fundamentos reprimidos inconscientemente, con lo cual va mudándose en

un sentimiento conciente de culpa. Una particular chance de influir sobre él se tiene cuando ese sentimiento icc de culpa es prestado, vale decir, el resultado de la identificación con otra persona que antaño fue objeto de una investidura erótica. Esa asunción del sentimiento de culpa es a menudo el único resto, difícil de reconocer, del vínculo amoroso resignado. Es inequívoca la semejanza que esto presenta con el proceso de la melancolía. Si se logra descubrir tras el sentimiento icc de culpa esa antigua investidura de objeto, la tarea suele solucionarse brillantemente; de lo contrario, el desenlace de la terapia en modo alguno es seguro. Depende primariamente de la intensidad del sentimiento de culpa; mucho la terapia no puede oponerle una fuerza contraria de igual magnitud. Quizá también dependa de que la persona del analista se preste a que el enfermo la ponga en el lugar del ideal del yo, lo que trae la tentación de desempeñar frente al enfermo el papel del profeta, salvador de almas, redentor. Puesto que las reglas del análisis desechan de manera terminante semejante uso de la personalidad médica, es honesto admitir que aquí tropezamos con una nueva barrera para el efecto del análisis, que está destinado a imposibilitar las reacciones patológicas, sino a procurar al yo del enfermo la libertad de decidir en un sentido o en otro".

La cita anterior es fundamental, porque en ella está uno de los problemas que esta tesis trata enfrentar. Primero pienso que transformar la **culpa** inconsciente en conciente no favorece el proceso psicoanalítico, por que ese conocimiento va a aumentar la fuerza del Superyó y este se va volver más crítico aún, si es posible. Segundo, estoy de acuerdo con Freud cuando nos muestra que en la melancolía el develar la identificación con el objeto amado que produce **culpa** y que hacerla conciente favorece la capacidad del Yo de enfrentarla y en un paso más allá y transformarla en **responsabilidad**. Por otro lado tomar el terapeuta el lugar del ideal del yo no sólo contradice los requisitos del encuadre psicoanalítico, sino que dicha instancia al igual que el Superyó puede transformarse en un exigente desmesurado que aumenta la fuerza de la **culpa**.

En "Algunas notas adicionales a la interpretación de los sueños en su conjunto. B. La responsabilidad moral por el contenido de los sueños" (1925, Tomo 19, pag.136) dice:

"Un estado patológico, la neurosis obsesiva, en que el pobre yo se siente culpable de toda clase de mociones malas de las que nada sabe, mociones que le son enrostradas en

la conciencia pero es imposible que él pueda confesarse. En toda persona normal hay un poco de esto. Asombrosamente, su "conciencia moral" es tanto más puntillosa cuanto más moral sea la persona. ... Ello se debe, sin duda, a que la conciencia moral misma es una formación reactiva frente a lo malo sentido en ello. Tanto más intensa la sofocación de lo malo, tanto más susceptible la conciencia moral."

En este párrafo Freud describe primero que no es privativo de los neuróticos ese sentimiento de **culpa** inconsciente, sino que existen en todas las personas, segundo que la moralidad de una persona determina la cualidad y cantidad de **culpa** que es capaz de asumir y cuanto más sofocado lo malo de sus instintos más es la conciencia moral. Por otro lado el título "Responsabilidad moral por el contenido" etc. Muestran la confusión de Freud entre **culpa** y **responsabilidad**.

En "El problema económico del masoquismo" (1926, Tomo 19, pag. 171) escribe:

*"Fieles a un hábito, nos ocuparemos primero de la forma extrema, indudablemente patológica, de este masoquismo. En otro lugar he señalado que en el tratamiento analítico nos topamos con pacientes cuyo comportamiento frente a los influjos de la cura nos fuerza a atribuirles un sentimiento de **culpa** "inconsciente". Indique ahí aquello por lo cual se reconoce a estas personas (la reacción terapéutica negativa) y no dejé de consignar que la intensidad de una moción de esta índole significa una de las resistencias más graves y el mayor peligro para el éxito de nuestros propósitos médicos o pedagógicos. La satisfacción de este sentimiento de **culpa** es quizás el rubro más fuerte de la ganancia de la enfermedad compuesta en general por varios de ellos, y el que más contribuye a la resultante de fuerzas que se revuelve contra la curación y no quiere resignar la condición de enfermo; el padecer que la neurosis conlleva es justamente lo que la vuelve valiosa para la tendencia masoquista. También es instructivo enterarse de que, contrariando toda teoría y expectativa, una neurosis que se mostró refractaria a lo empeños terapéuticos puede desaparecer si la persona cae en la miseria de un matrimonio desdichado, pierde su fortuna o contrae una grave enfermedad orgánica. En tales casos, una forma de padecer ha sido relevada por otra, y vemos que únicamente interesa poder retener cierto grado de padecimiento."*

Las palabras de S. Freud tienen vigencia tanto en la actualidad como lo fue, en el pasado y pensamos que la forma en que el análisis psíquico permite que un fenómeno que se repite por compulsión y que se vivencia en la transferencia sólo será captado por el paciente si el estilo del analista agrega a su teoría que la salida de la **culpa** no es un matrimonio insatisfecho con el analista, en caso contrario al interpretar la **culpa**, el paciente recorta el discurso y sólo le queda el enojo, con el resultado de una reacción terapéutica negativa. Trataré de demostrar que la salida es cambiar el concepto (no la palabra) por **responsabilidad** desde el interior del terapeuta y así poder transmitírselo al paciente.

Asimismo en el mismo artículo (pag. 175) dice:

"La condición de inconsciente del masoquismo moral nos pone sobre una pista interesante. Podríamos traducir la expresión «sentimiento inconsciente de culpa» por «necesidad de ser castigado por un poder parental». Ahora bien, sabemos que el deseo de ser golpeado por el padre, tan frecuente en fantasías, está muy relacionado con otro deseo, el de entrar con él en una vinculación sexual pasiva (femenina), y no es más que la desfiguración regresiva de este último. Si referimos este esclarecimiento al contenido del masoquismo moral, se nos vuelve evidente su secreto sentido. La conciencia moral y la moral misma nacieron por la superación, la desexualización, del complejo de Edipo; mediante el masoquismo moral, la moral es resexualizada, el complejo de Edipo es reanimado, se abre la vía para una regresión de la moral al complejo de Edipo. Y ello no redundará en beneficio de la moral ni del individuo. Es verdad que este puede haber conservado, junto a su masoquismo, su eticidad íntegra o cierto grado de ella, pero también es posible que en el masoquismo naufrague buena parte de su conciencia moral. Por otra parte, este último crea la tentación de un obrar «pecaminoso», que después tiene que ser expiado con los reproches de la conciencia moral sádica o con el castigo del destino, ese gran poder parental. por parte de esta última subrogación de los progenitores, el masoquista se ve obligado a hacer cosas inapropiadas, a trabajar en contra de su propio beneficio, destruir las perspectivas que se le abren en el mundo real y, eventualmente, aniquilar su propia existencia real."

Es interesante la regresión de la moral al complejo de Edipo, de lo que no hay evidencia en la transferencia. El terapeuta debe comprender que el paciente no puede

*hacer otra cosa que sentirse culpable, por transgredir un mandato infantil, que sólo puede pagar con castigos. En el momento que esto se da en la sesión, es el analista el que debe buscar en su bagaje de **responsabilidad** el estilo que le permitan conceptuar en lugar de sufrir.*

En “Inhibición, sintoma y angustia” (1926, Tomo 20, pag. 112) dice:

*“Ocurre que el afecto ahorrado a raíz de la percepción de la representación obsesiva sale a luz en otro lugar. El superyó se comporta como si no se hubiera producido represión alguna, como si la moción agresiva le fuera notoria en su verdadero texto y con su pleno carácter de afecto, y trata al yo de la manera condigna a esa premisa. El yo, que por una parte se sabe inocente, debe por la otra registrar un sentimiento de **culpa** y asumir una **responsabilidad** que no puede explicarse. Ahora bien, el enigma que esto nos propone no es tan grande como parece a primera vista. La conducta del superyó es enteramente comprensible; la contradicción dentro del yo nos prueba, solamente, que por medio de la represión él se ha clausurado frente al ello, en tanto permanece accesible a los influjos que parten del superyó. El problema que a continuación se plantea, el de saber por qué el yo no busca sustraerse también de la crítica martirizadora del superyó, queda eliminado con la información de que es eso efectivamente lo que sucede en una gran serie de casos. De hecho, hay neurosis obsesivas sin ninguna conciencia de **culpa**; hasta donde lo comprendemos, el yo se ahorra percibirla mediante una nueva serie de síntomas, acciones de penitencia, limitaciones de autopunición. Ahora bien, tales síntomas significan al mismo tiempo satisfacciones de mociones pulsionales masoquistas, que también recibieron un refuerzo desde la regresión.”*

El Yo no tiene noticia de la **culpa** que le achaca el Superyó, la transforma en síntomas que resultan satisfacciones masoquistas. ¿Entonces cómo interpretar sin que el paciente busque castigo? Pienso que el analista debe en su propio tratamiento observar cómo tiene incorporado el sentimiento de **culpa** y rever en la supervisión posterior cómo lo transmite; aún con el lenguaje para y no verbal. Cuando S. Freud describe que el Yo registra un sentimiento de **culpa** y asume una **responsabilidad** que no puede explicarse, es por que en realidad no logró asumir la **responsabilidad** tal cual nosotros la definimos, ya que difiere del concepto de **culpa** como tratamos de demostrar en esta tesis.

En "*El malestar en la cultura*" (1930, Tomo 21, pag.121) dice:

"Es manifiesto que en ese grado la conciencia de culpa no es sino angustia frente a la perdida de amor, angustia «social». En el niño pequeño la situación nunca puede ser otra; pero es también la de muchos adultos, apenas modificada por el hecho de que la comunidad humana global reemplaza en ellos al padre o a ambos progenitores. Por eso se permiten habitualmente ejecutar lo malo que les promete cosas agradables cuando están seguros de que la autoridad no se enterará o no podrá hacerles nada, y su angustia se dirige sólo a la posibilidad de ser descubiertos. Este es el estado de cosas con que, en general, debe contar la sociedad de nuestros días."

Por eso pienso que es tan importante la distinción entre la **culpa** y la **responsabilidad** ya que esta última no necesita de la sociedad para ser aceptada, sino que está internalizada, independiente si es o no descubierta su maldad, aún a costa de los beneficios de las cosas agradables prometidas, esto se nota en los pacientes psicópatas en donde la **responsabilidad** está distorsionada por tener otra ética diferente de la sociedad donde vive.

En "*El malestar en la cultura*" (1930, Tomo 21, pag.131) dice:

*"Pero no hay que sobrestimar los vínculos con la forma de neurosis: también en la neurosis obsesiva hay tipos de enfermos que no perciben su sentimiento de culpa o sólo lo sienten como un malestar torturante, una suerte de angustia, tras serles impedida la ejecución de ciertas acciones. Algún día comprenderemos estas cosas, que todavía se nos escapan. Acaso venga a cuento aquí la puntualización de que el sentimiento de **culpa** no es en el fondo sino una variedad tónica de la angustia, y que en sus fases más tardías coincide enteramente con la angustia frente al superyó. Ahora bien, la angustia muestra las mismas extraordinarias variaciones en su nexa con la conciencia. De algún modo ella se encuentra tras todos los síntomas, pero ora reclama ruidosamente a la conciencia, ora se esconde de manera tan perfecta que nos vemos precisados a hablar de una angustia inconsciente o — por un prurito psicológico, puesto que la angustia, en principio, es sólo una sensación— de posibilidades de angustia. A causa de lo dicho, es harto concebible que tampoco la conciencia de culpa producida por la cultura se discierna como tal, que permanezca en gran parte inconsciente o salga a la luz como un malestar, un descontento para el cual se*

buscan otras motivaciones. Las religiones, por lo menos, no han ignorado el papel del sentimiento de culpa en la cultura. Y en efecto sustentan la pretensión —cosa que yo no había apreciado en otro trabajo— de redimir a la humanidad de este sentimiento de culpa, que ellas llaman pecado."

Siendo la angustia una señal de alarma frente a cualquier ruptura de equilibrio inestable de las neurosis, podemos pensar que el sentimiento inconsciente de **culpa** y su correlato el Superyó, son también señales de alarma que no son percibidas sino cuando sobreviene el castigo tanto interno (síntomas), como externo: en la sanción de la religión o de la cultura del momento en esa sociedad. Cuando el individuo hace consciente esa **culpa** es el momento en que el descontento puede dar lugar al penar por el daño realizado, real o mental y entonces y sólo entonces pueda asumir la **responsabilidad**.

En "El malestar en la cultura" (1930, Tomo 21, pag.133) dice:

"Tampoco será perjudicial que presentemos de nuevo las contradicciones que por un momento nos sumieron en perplejidad en el curso de nuestra indagación. El sentimiento de culpa debía ser en un caso la consecuencia de agresiones suspendidas, pero en el otro, y justamente en su comienzo histórico, el parricidio, la consecuencia de una agresión ejecutada [Pág. 126]. Hallamos una vía para escapar de esta dificultad. Es que la institución de la autoridad interna, el superyó, alteró radicalmente la constelación. Antes, el sentimiento de culpa coincidía con el arrepentimiento; a raíz de ello apuntamos que la designación «arrepentimiento» ha de reservarse para la reacción tras la ejecución efectiva de la agresión. A partir de entonces, perdió su fuerza la diferencia entre agresión consumada y mera intención, y ello por la omnisapiencia del superyó; ahora podía producir un sentimiento de culpa tanto una acción violenta efectivamente ejecutada — como todo el mundo sabe— cuanto una que se quedara en la mera intención —como lo ha discernido el psicoanálisis—. A pesar del cambio de la situación psicológica, el conflicto de ambivalencia entre las dos pulsiones primordiales deja como secuela el mismo efecto [Pág. 128]. Es tentador buscar aquí la solución del enigma planteado por el variable vínculo del sentimiento de culpa con la conciencia. El sentimiento de culpa por arrepentimiento de la mala acción debería de ser siempre consciente: en cambio, el

producido por percepción del impulso malo podría permanecer inconsciente. Sólo que la situación no es tan simple; la neurosis obsesiva lo contradice enérgicamente."

Por eso insistimos que el arrepentimiento es posible sólo cuando el individuo neurótico o supuestamente sano, logra hacer conciente la **responsabilidad** de lo acontecido en el mundo externo o en su pensamiento y por supuesto enfrentar la ambivalencia inevitable que produce responder por lo que sabemos no hemos hecho pero de alguna manera está en nuestra mente.

En "*El malestar en la cultura*" (1930, Tomo 21, pag.134) dice :

"Creo que este es el lugar adecuado para sustentar con firmeza una concepción que hasta aquí había recomendado como supuesto provisional [cf. Pág. 125]. En la bibliografía analítica más reciente se nota cierta preferencia por la doctrina de que cualquier clase de frustración, cualquier estorbo de una satisfacción pulsional, tiene o podría tener como consecuencia un aumento del sentimiento de culpa. Creo que uno se procura un gran alivio teórico suponiendo que ello es válido sólo para las pulsiones agresivas, y no se hallará mucho que contradiga esta hipótesis. Pero, ¿cómo explicar dinámica y económicamente que en lugar de una demanda erótica incumplida sobrevenga un aumento del sentimiento de culpa? Pues bien; ello sólo parece posible por este rodeo: que el impedimento de la satisfacción erótica provoque una inclinación agresiva hacia la persona que estorbó aquella, y que esta agresión misma tenga que ser a su vez sofocada. En tal caso, es sólo la agresión la que se trasmuda en sentimiento de culpa al ser sofocada y endosada al superyó. Estoy convencido de que podremos exponer muchos procesos de manera más simple y trasparente si limitamos a las pulsiones agresivas el descubrimiento del psicoanálisis sobre la derivación del sentimiento de culpa. El material clínico no nos da una respuesta unívoca a este punto porque, según nuestra premisa, las dos variedades de pulsión difícilmente aparezcan alguna vez puras, aisladas una de la otra; sin embargo, la apreciación de casos extremos tal vez habrá de señalar en la dirección que espero."

El sentimiento de **culpa** tanto por frustración erótica como por fantasías de agresión, siempre tienen como trasfondo el accionar del Superyó, que castiga tanto a una como a la otra, siendo el Yo quien recibe las consecuencias sin poder recurrir a otro sentimiento u otra concepción, que permita que ese accionar inconsciente se haga conciente. Desde luego

pienso en la **responsabilidad**, con las dificultades que implica poder transmitirla sin caer en aumentar la **culpa**.

En "*El malestar en la cultura*" (1930, Tomo 21, pag.181) dice:

"En todo caso, es la principal fuente del sentimiento de culpa; no sabemos si la única, pues las indagaciones no han podido todavía establecer con certeza el origen anímico de la culpa y de la necesidad de expiación. Pero no hace falta que sea la única. La situación psicológica es complicada y requiere elucidación. La relación del muchacho con el padre es, como nosotros decimos, ambivalente. Junto al odio, que querría eliminar al padre como rival, ha estado presente por lo común cierto grado de ternura. Ambas actitudes se conjugan en la identificación-padre; uno querría estar en el lugar del padre porque lo admira (le gustaría ser como él) y porque quiere eliminarlo. Ahora bien, todo este desarrollo tropieza con un poderoso obstáculo. En cierto momento el niño comprende que el intento de eliminar al padre como rival sería castigado por él mediante la castración. Por angustia de castración, vale decir, en interés de la conservación de su virilidad, resigna entonces el deseo de poseer a la madre y de eliminar al padre. Y es este deseo, en la medida en que se conserva en lo inconsciente, el que forma la base del sentimiento de culpa. Creemos haber descrito con ello procesos normales, el destino normal del llamado complejo de Edipo; todavía habremos de agregar un importante complemento."

La ambivalencia entre el amor y el odio al progenitor de cualquier sexo, es sin duda la productora esencial del sentimiento de **culpa**, pero lo interesante es que el deseo de eliminarlo está frenado por el temor a la castración. ¿Qué sucede con los pacientes con esta vivencia y si pueden aceptar la **responsabilidad** de estos deseos contradictorios? Pensamos que el paso necesario es la sublimación y así reparar. En general la manera patológica de enfrentar la **culpa** es la **sumisión** frente al desvalimiento infantil y el temor a la pérdida del amor de los progenitores.

En "*Dostoievski y el parricidio*" (1927, Tomo 21, pag.183) dice:

"Como se advierte, aquí se atribuye la máxima participación en el desenlace a los componentes pasivos de la feminidad reprimida. Además, un factor accidental no puede menos que pesar: que el padre temido sea muy violento también en la realidad. Esto se

aplica al caso de Dostoievski, y reconduciremos a un componente femenino particularmente intenso el hecho de su extraordinario sentimiento de culpa así como su modo masoquista de vida. De aquí, pues, la fórmula para Dostoievski: Una persona de disposición bisexual particularmente intensa, que puede defenderse con particular intensidad del vasallaje de un padre particularmente duro. Agregamos este carácter de la bisexualidad a los componentes de su ser ya discernidos. El temprano síntoma de los «ataques de muerte» puede comprenderse entonces como una identificación-padre del yo, consentida por el superyó a modo de castigo. «Tú has querido matar a tu padre para ser tú mismo el padre. Ahora eres el padre, pero el padre muerto»: el mecanismo habitual de los síntomas histéricos. Y además: «Ahora el padre te mata». Para el yo, el síntoma de la muerte es una satisfacción en la fantasía del deseo viril, y al mismo tiempo una satisfacción masoquista; para el superyó, una satisfacción de castigo, vale decir, sádica. Ambos, yo y superyó, siguen desempeñando el papel del padre.»

S. Freud describe aquí un sentimiento de **culpa** muy intenso porque se une a un sentimiento masoquista y una ambivalencia también muy intensos, con el corolario de muerte que llega para ambos: padre e hijo. Pensar en otro desenlace para este caso no es posible, por que siendo tan grande el amor y el odio a ese padre excesivamente cruel, la capacidad de elaboración es muy poca y por más que en el psicoanálisis tratemos de mostrar los aspectos **responsables** capaces de sublimar y reparar; la resistencia del Ello es tan fuerte que en realidad lo único que logrará el terapeuta es reforzar los mecanismos de destrucción, con el componente de justificación de que sus actos están determinados por la maldad del otro, como se ve en las grandes psicopatías, perversiones y adicciones.

En la 32 conferencia sobre: "Angustia y vida pulsional" (1932, Tomo 22, pag.102) dice:

"Cuando se les comunica la solución de un síntoma, tras lo cual normalmente debería sobrevenir su desaparición al menos temporaria, lo que con ellas se consigue es, al contrario, un refuerzo momentáneo del síntoma y del padecimiento. A menudo basta con elogiarles su comportamiento en la cura, pronunciar algunas palabras de esperanza en los progresos del análisis, para provocarles un inequívoco empeoramiento de su estado. Los no analistas dirían que les falta la «voluntad de curarse»; de acuerdo con el pensamiento

analítico, deben ver ustedes en esa conducta una exteriorización del sentimiento inconsciente de culpa, al cual se acomoda bien, justamente, la condición de enfermo con su padecimiento y sus impedimentos. Los problemas desenvueltos a partir del sentimiento inconsciente de culpa, sus nexos con la moral, la pedagogía, la criminalidad y el desamparo social, constituyen hoy el campo de trabajo predilecto de los psicoanalistas."

En este apartado S. Freud muestra que la forma y el contenido de lo que se le transmite al paciente debe ser bien estudiado para no equivocarse, y creer que por que el paciente haya mejorado en sus síntomas, su sentimiento de **culpa** ha disminuido, el Superyó va a sabotear toda posibilidad de reconocimiento, eso nos demuestra que no puede lograrse un cambio real si no se ha pasado por el dolor mental de hacerse **responsable**.

En "*Análisis terminable e interminable*" (1937, Tomo 23, pag.266) dice:

"Cuando el análisis está bajo la presión de factores intensos que arrancan una reacción terapéutica negativa, como conciencia de culpa, necesidad masoquista de padecimiento, revuelta contra el socorro del analista, la conducta del paciente luego de serle comunicada la construcción suele facilitarnos mucho la decisión buscada. Si la construcción es falsa, no modifica nada en el paciente; pero si es correcta, o aporta una aproximación a la verdad, él reacciona frente a ella con un inequívoco empeoramiento de sus síntomas y de su estado general."

Mi hipótesis es que la falla en la reconstrucción, cuando esta promueve una reacción terapéutica negativa, está en que el paciente neurótico no acepta la **culpa**, que es vivida como una acusación; sí lo hace desde una regresión a la melancolía y por lo tanto se trata de una aceptación masoquista. La posibilidad de una reconstrucción válida radica en que la **responsabilidad** entre en juego.

Síntesis y discusión en la obra de Melanie Klein sobre culpa y responsabilidad

En "*Desarrollos en psicoanálisis*", Melanie Klein Ed. Paidós, 1950. Escribe:

"Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa"

Pag.239.: *"Aquí Freud estableció sin lugar a dudas que la culpa deriva de la agresividad y esto junto con las frases arriba citadas ("conflicto innato de ambivalencia")*

señalarían que la culpa surge en un estadio muy temprano del desarrollo. Pero, enfocando como un todo las ideas de Freud, tal como las encontramos resumidas otra vez en Nuevas Lecciones de Psicoanálisis, es claro que el mantenía su hipótesis de que la culpa surge como secuela del complejo de Edipo."

En este punto estoy en total acuerdo con M. Klein, en que la **culpa** es más primitiva de lo que pensaba S. Freud, y pienso que está directamente relacionada con la agresividad, y con el sentimiento persecutorio que es el que le da lugar.

Pág.239.: "K.Abraham sugirió que "en el estadio de narcisismo con fin sexual canibalístico la primera prueba de inhibición instintiva aparece en la forma de ansiedad mórbida. El proceso de superar los impulsos canibalísticos íntimamente ligado al sentimiento de culpa que aparece en primer plano como fenómeno inhibitorio típico perteneciente al tercer estadio (primer estadio anal-sádico)". "Breve estudio del desarrollo de la libido a la luz de los trastornos mentales".Pág.496.

En este punto pienso que la relación de los sentimientos persecutorios con el punto de fijación oral-canibalístico es una buena descripción de los orígenes de la **culpa**, dado que estos impulsos primitivos son el fundamento de la agresión en el ser humano y por ende de su sentimiento de persecución

Pág.240.: "También llegué a ver que los procesos tempranos de introyección y proyección llevan al establecimiento dentro del yo, junto a objetos extremadamente buenos", objetos extremadamente terroríficos y persecutorios. Estas figuras están concebidas a la luz de los propios impulsos y fantasías agresivas del bebé, esto es, él proyecta su propia agresividad en las figuras internas que forman parte de su superyó temprano. A la ansiedad de estas fuentes se agrega la culpa proveniente de los impulsos agresivos del bebé contra su primer objeto amado, tanto externo como internalizado."

Estoy en acuerdo con M. Klein, pero otra manera de ver el origen de la **culpa** es a la inversa, no por las fantasías agresivas del bebe hacia el objeto primario, sino por que dada su indefensión, toda carencia es vivida como una persecución, por lo tanto la **culpa** en niños pequeños está en relación con el perseguidor (abandonador) y no solamente con su mundo innatamente agresivo.

Pág.245.: "Freud enfocaba el problema de la culpa desde dos ángulos principales. Por una parte, no tenía dudas de que la ansiedad y la culpa están estrechamente conectadas la una con la otra. Por otra parte llegó la conclusión que el término "culpa" sólo se aplica con respecto a manifestaciones de conciencia que son el resultado del desarrollo del superyó. El superyó como sabemos, en su opinión, surge, como secuela del complejo de Edipo; en niños menores de cuatro a cinco años de edad los términos "conciencia" y "culpa", a su entender, no se aplican aún y la angustia en los primeros años de vida no es distinguible de la culpa."

"Según Abraham (Breve estudio del desarrollo de la libido) la culpa en la superación de los impulsos canibalísticos-esto es agresivos- durante el primer estado sádico anal (o sea en una edad mucho más temprana que lo que suponía Freud; pero Abraham no consideró la diferenciación entre ansiedad y culpa. Ferenczi que no se ocupaba tampoco de la distinción entre ansiedad y culpa, sugirió que algo en la naturaleza del tipo de la culpa surge durante el estadio anal. Llegó a la conclusión que puede haber un precursor fisiológico del superyó al que llama "moral esfinteriana".

"Psicoanálisis de hábitos sexuales" 1925 (Pág.267). "Ernest Jones en un artículo publicado en 1929 (Miedo, culpa y odio) examinó la relación entre odio, miedo y culpa. Distinguió dos fases en el desarrollo de la culpa y sugirió para el primer estadio "pre-nefando" de la culpa. Conectó esto con los estadios sádicos pregenitales del desarrollo del superyó y estableció que la culpa está "siempre e inevitablemente asociada con el impulso de odio". El segundo estadio es "... el estadio de la culpa propiamente dicho, cuya función es proteger contra los peligros externos".

Estoy en completo acuerdo con M. Klein en distinguir la ansiedad de la culpa, pero aclararía que la ansiedad que se conecta directamente con la culpa es la ansiedad persecutoria. Por otro lado en Abraham y Ferenczi la culpa que aparece en ciertos pacientes está en directa relación con la etapa evolutiva anal-sádica, porque siendo esta etapa eminentemente sádica muscular, cuando el individuo expulsa o retiene sus sentimientos hacia otros, el Superyó acusa al Yo y este siente una enorme culpa.

Pág.246.: "En el artículo "Una contribución a la psicogénesis de los estados maniacos-depresivos", establecí una diferenciación entre dos formas principales de

ansiedad –ansiedad persecutoria y depresiva- pero señalé que la distinción entre estas dos formas de ansiedad no está claramente delimitada. Con esta restricción; creo que una diferenciación entre dos formas de ansiedad es valiosa tanto del punto de vista teórico como práctico. En el artículo a que me referí más arriba, llegué a la conclusión de que la ansiedad persecutoria se relaciona principalmente con la aniquilación del yo; la ansiedad depresiva se relaciona principalmente con el daño hecho a los objetos internos y externos por los aspectos destructivos del sujeto. La ansiedad depresiva tiene múltiples contenidos, tales como: el objeto bueno está dañado, sufre, está deteriorándose; se convierte en objeto malo; está aniquilado, perdido, y nunca más aparecerá. Llegué también a la conclusión que la ansiedad depresiva está estrechamente ligada con la culpa y con la tendencia a la reparación."

Este es un punto especialmente difícil, ya que según la hipótesis de esta tesis, la **culpa** surge cuando existe una persecución que el Yo no puede elaborar, de lo que se deduce que esta **culpa** corresponde a la ansiedad persecutoria, mientras que el momento en que se experimenta ansiedad depresiva, con los componentes que nos describe M. Klein: percepción del daño al objeto, que éste está sufriendo, que se está deteriorando, tiene más que ver con la **responsabilidad**, y sobre todo con lo nos dice al final la autora con la tendencia a la reparación.

Pág.253.: en "Los estadios tempranos del complejo edípico" (1927); allí adelanté la hipótesis de que –tanto en el desarrollo normal como patológico del niño- la angustia y la culpa que surgen durante el primer año de vida están estrechamente conectados con procesos de introyección y proyección con los primeros estadios del desarrollo del superyó y del complejo de Edipo, y que en estas angustias la agresión y las defensas contra ellas son de importancia capital."

Es indiscutible la existencia de angustia desde los primeros momentos de la vida, sólo basta observar bebés para comprobarlos y, más en el tratamiento de pacientes muy perturbados, también la existencia de un Edipo temprano y su consecuencia el superyó son evidentes en este tipo de pacientes. Lo que no es claro ni observable tanto en los bebés como en los pacientes perturbados es la conciencia de **culpa** y mucho menos la intención consciente e inconsciente de un deseo o una fantasía de reparación.

"Relato del psicoanálisis de un niño" (Richard 1961) Ed. Paidós Bs. As. 1961

Pág. 77 : " La culpa que tiene Richard, como vemos en el material, no sólo tiene como origen su propia destructividad, sino también la del padre, pues cree que los impulsos agresivos de éste son el resultado de sus propios deseos hostiles, provocados por los celos. En el juego que hace, el desastre se debe básicamente a haber atacado, por celos, a su padre o a los dos padres juntos."

En este párrafo Klein explica la **culpa** como un sentimiento relacionado con la persecución y la agresión y agrega que está desencadenada por los celos, desde ya hostiles.

Pág. 140: "La exploración de los estratos más profundos de la mente lleva a vivencias otra vez en forma muy vívida, situaciones internas y externas que podríamos denominar recuerdos de sentimientos."

Esta es una idea interesante de Klein por que tener recuerdos por ejemplo de **culpas** vivenciadas, nos permite pensar si estas dejan alguna experiencia o bien por el contrario facilitan su repetición o ambas.

Pág. 213 : " La falta de satisfacción con el pecho de su madre, el miedo a los impulsos destructivos sentidos hacia ésta y la culpa y la depresión que resultan de ellos, incrementan a veces el deseo normal de crecer y pueden incluso llevar a una independencia precoz."

La frustración con el pecho alimenticio en el bebé real para Klein o fantaseado para nosotros, puede dar lugar a impulsos agresivos que terminan en **culpa**, pero lo interesante es que puedan producir síntomas de desarrollo precoz, o bien una sobreadaptación, dice Klein.

Pág.221: "Resulta significativo ver cómo, por primera vez en su análisis, Richard vivencia y llega a expresar el cariño que tiene a su hogar y habla de recuerdos buenos muy tempranos, situación esta que se da después de haber disminuido el trabajo analítico la ansiedad que sentía antes los peligros internos. La disminución de esta ansiedad le permite vivenciar con mayor fuerza la ansiedad depresiva y la culpa, lo cual a su vez le hace tener más confianza en sí mismo y en el mundo externo y le permite estar más esperanzado."

El sentido que le da Klein a la **culpa** es aquí contradictorio, para ella vivenciar la **culpa** es beneficioso ya que supone que ello redundará en una mayor reparación. En este punto mi tesis es totalmente opuesta: sostengo a la inversa, que sólo la disminución de la **culpa** y de la persecución y el aumento de la ansiedad depresiva ceden el lugar a la **responsabilidad** con su cuota de esperanza.

Más adelante se contradice y expresa:

Pág.254: " He podido comprobar a menudo, tanto en los análisis de niños como en los de los adultos, que los sentimientos de culpa ante esta fantasía específica, se encuentran en la base de autoacusaciones hechas posteriormente, por haber abandonado o por no haber protegido a la madre en otras situaciones o incluso por haberla dañado. Esto constituye un ejemplo de la importancia que tiene el sentimiento de culpa derivado de fantasías sádicas infantiles muy tempranas, y prueba lo urgentemente necesario que es llegar a analizar aquellos primero estratos y disminuir así la sensación de culpabilidad en su raíz."

Ahora estoy en un todo de acuerdo con ella: "es necesario arrancar el sentimiento de culpa de raíz", las autoacusaciones dan lugar a cuadros psicopatológicos de depresión y en casos extremos de melancolía lo cual avala mi tesis.

Pág. 271 : "Se puede ver repetidas veces en el material, que Richard ha tomado conciencia de su hostilidad y de que los aviones y barcos alemanes representan a los padres odiados y enemigos. Al mismo tiempo, a medida que va vivenciando sentimientos de culpa ante este conocimiento de sí mismo sobre el cual ya he llamado la atención, y a la par se va acercando más a la integración y a la síntesis, puede también vivenciar mayor tolerancia al objeto malo y mayor simpatía ante el enemigo real, cambio emocional que tiene una importancia muy grande. Esta síntesis va acompañada de sentimientos depresivos más fuertes, llegando a veces a producir desesperanza y tristeza. La experiencia me ha demostrado que sólo si se logra vivenciar la culpa y la depresión hasta cierto punto, sin tener que defenderse el sujeto de ellas mediante regresiones a la posición esquizo-paranoide (con los fuertes procesos de disociación que ésta implica), se puede seguir adelante hacia la obtención de una mayor integración del yo y síntesis del objeto. Estas

transformaciones a su vez, permiten establecer mejores relaciones de objeto y prestan un campo de acción mayor a la sublimación."

En esta nota se observa cómo el concepto de **culpa** nuevamente no está bien delimitado ya que como ella dice es fundamental elaborar la posición depresiva y por ende la **culpa** para poder reparar. Cuando el paciente siente **culpa** por el daño a sus objetos es imposible defenderse sin recurrir a mecanismos de defensas primitivos tal como la regresión. La **culpa** busca y espera castigos y así no es posible reparar ni unir aspectos escindidos.

Pág.287.: "El incremento del elemento paranoide que se puede percibir en los celos que siente Richard del señor Smith y de los demás hombres relacionados conmigo, se debe sin duda a la presencia de su padre en X. El análisis del complejo de Edipo contribuyó a que surgieran en toda su plenitud los celos hacia su padre hasta entonces reprimidos, así como las fantasías sobre las relaciones sexuales de los padres. Esto parece estar en contradicción con la observación hecha anteriormente, de que la posición depresiva se encuentra en primer plano. Sin embargo, creo poder afirmar que al mismo tiempo se hicieron más accesibles al análisis los sentimientos paranoides y los celos al padre y el conflicto entre el amor y el odio, poniendo además en mayor evidencia otros sentimientos contradictorios referentes a los dos padres juntos, tales como la culpa por el deseo de desplazar al papá y la compasión por él mismo. Además, si bien Richard siente los celos de una manera más aguda, toma al mismo tiempo, sin embargo, mayor conciencia del carácter paranoide que tienen, cosa que se pone de manifiesto cuando de vez en cuando el mismo se queda extrañado ante las sospechas que tiene."

Esta nota está en todo de acuerdo con mis hipótesis sobre el aspecto paranoide de la **culpa** sin importar si se está en una o en otra de las posiciones descritas por la autora, también es muy interesante que describa el elemento paranoide de los celos, sólo que ahora los distinguiríamos de los celos delirantes, posesivos y de los propiamente dichos. (J. Nejamkis y otros, Psicoanálisis, Revista 1986, Vol.8).

Pág.293.: "El proceso de desviar el sentimiento de culpa y la depresión de su punto central, que es la relación con el objeto primario y único constituido por el pecho de la madre y por la madre en sí, y de vivenciar, en cambio, estas emociones en relación con

otras conexiones, constituyen un fenómeno frecuente que puede ser considerado como una transacción, como un éxito parcial de la defensa maniaca en su lucha contra la posición depresiva. Muchos pacientes padecen de un sentimiento generalizado de culpa y depresión, o bien de culpas que surgen en situaciones en sí triviales; pero la vivencia de culpabilidad que se da en la situación transferencial encuentra a veces grandes dificultades, porque entonces el paciente vuelve a vivenciar todas las emociones ligadas al objeto original."

De esta nota se deduce que para Klein todos los sentimientos de **culpa** están en última instancia referidos a una primera **culpa** que refiere al pecho de la madre y a los sentimientos hacia ella en general hostiles o bien voraces. Es interesante la distinción que hace M. Klein de las **culpas** originales de las posteriores, en especial las transferenciales y además como todas remiten a las primeras. Desde luego merece un comentario la idea que aquí y en otros trabajos de la autora llevan a confundir a muchos psicoanalistas: el síntoma depresivo con la posición depresiva, descrita tanto en bebés como en el proceso psicoanalítico, y a consecuencia de ello la idea que es necesario sufrir la **culpa** para realizar una elaboración de los duelos.

Pág. . 323 : "Según podemos ver por el material que sigue a la repentina enfermedad del padre y por la actitud de Richard hacia la misma, lo que predominó en primer lugar fue la ansiedad persecutoria. Sólo tras el análisis y la consecuente disminución de esta ansiedad pudieron llegar hasta un primer plano los sentimientos depresivos y de culpa y el deseo de reparar...En mi trabajo "The psychogenesis of Manic-Depressive States", señalo el hecho de que los sentimientos persecutorios se refuerzan como un medio de evitar el dolor que causa la vivencia de la culpa, la responsabilidad y la depresión; y también sugiero que la incapacidad de elaborar la posición depresiva puede llegar a una regresión hasta la posición paranoide."

Según nuestro criterio persiste la confusión entre posición depresiva y patología depresiva; la posición depresiva es un acontecer propio de todo sujeto que involucra la posibilidad de sublimar y reparar, y a la cual sólo se llega si se elabora a través del profundo dolor psíquico: la **culpa** y la persecución; que son la esencia de la posición parano-esquizoide. Pensamos que no hay regreso de una posición a otra, sino más bien no hubo salida de la posición parano-esquizoide. Como bien dice M.Klein, los sentimientos y

yo agrego la **culpa** se refuerzan como medio de evitar el dolor que conlleva la **responsabilidad** por los daños inflingidos reales o fantaseado.

*Pág. 350.: “Como he repetido ya en diversas oportunidades, Richard carece de seguridad interior. La ansiedad persecutoria ha llegado a un punto culminante, de la enfermedad del padre, mientras que el miedo a su muerte parece convertirle en una figura mala persistente. A pesar de esto, y dissociada de este aspecto, guarda también la representación de una figura paterna buena. Los factores externos repercuten, pues, frecuentemente, en la situación interior, y las ansiedades persecutorias en el niño y los mecanismos esquizoides a los que debe recurrir no sólo están estimulados por ellos, sino que además se encuentran en este momento reforzados, para utilizarlos como una defensa contra la posibilidad de sentir compasión y depresión, sentimientos que hubieran traído a un primer plano y en forma total, los fuertes sentimientos de **culpa** que tiene.”*

Quiero señalar que Klein no deja de tomar en cuenta el mundo externo para evaluar su repercusión en lo interno, con lo que estamos en pleno acuerdo, pero pienso que la defensa es contra la posibilidad de sentir compasión y pena. La defensa reforzaría la **culpa** e inhibirían el avance **responsable**.

*Pág. 371 : “En contradicción con el punto de vista psicoanalítico antiguo, de que la interpretación de ansiedades psicóticas puede resultar peligrosa, la experiencia me enseña, desde hace años, que analizando profundamente este tipo de ansiedades, llegando hasta sus raíces, podemos ayudar más a nuestros pacientes. Existen varias razones para ello, pero aquí sólo puedo señalar una que me parece de una significación particular, y es que el análisis de estas ansiedades tan profundas, permite al paciente enfrentar su realidad psíquica y encontrar una forma de expresión para ella. Es así como puede Richard, vivenciar y expresar la ansiedad que siente frente a sus enemigos internos, muertos y perseguidores y también los sentimientos de **culpa** que tiene, por pensar que es él mismo quien los ha convertido en gente tan peligrosa mediante sus propio sentimiento criminales.”*

No es intención aquí discutir las hipótesis de Klein sobre la utilidad de analizar las ansiedades psicóticas para el desarrollo del proceso psicoanalítico, con lo que estamos de acuerdo, sino mostrar cómo en esta nota para ella la **culpa** está en directa relación con los

aspectos persecutorios de su paciente, tal como pensamos nosotros. Pensamos que la idea que se debe lograr que el paciente vivencie la **culpa** no hace más que acentuar los aspectos psicóticos del paciente.

*Pág. 431. : "El fuerte sentimiento de culpa que vivencia a causa del odio y de los celos peligrosos que siente le hacen sentirse **responsable** por la muerte que espera le sobrevenga a su analista; y como la tristeza y la culpa que esto le ocasiona se le tornan inaguantables, aumenta más todavía el odio y la persecución correspondiente. Al mismo tiempo, trata de construir internamente y de preservar a la madre buena."*

El odio y los celos lo hacen sentirse **culpable** por la muerte del analista, si en cambio apareciera tristeza y pena, sólo entonces podrá sentir **responsabilidad** por lo que le suceda a la terapeuta; cuando la **culpa** es tan intensa que se torna inaguantable va aumentar el odio y la persecución. Si en cambio logra percibir la **responsabilidad** recién allí podría reconstruir internamente y preservar a la madre buena.

Pág.472/3: "Ya he dicho antes que la envidia, los celos y la aidez, que en mi opinión son expresiones de instinto de muerte, disminuyen al poder Richard ir enfrentándose gradualmente con sus impulsos destructivos e integrándolos. Esto a su vez permite que la capacidad de amar que tiene, entre más plenamente en acción, lo que hace posible que el odio sea mitigado por el amor. Como resultado de esto, pudo al mismo tiempo ir desarrollándose en él una mayor tolerancia hacia los demás y hacia sus propias debilidades. El sentimiento de culpa que vivenciaba a la par que las ansiedades persecutorias, disminuye, y esto implica a su vez la adquisición de una mayor capacidad de reparar. De esta manera puede, hasta cierto grado, elaborar la posición depresiva."

No vamos a discutir el tan mentado tema del instinto de muerte que dio lugar a grandes controversias en el psicoanálisis, pero si aclarar que estoy de acuerdo con M. Klein en relación con la envidia y los celos, en la medida que estos disminuyen aumenta la capacidad de reparar de los pacientes, en donde no estamos de acuerdo es que por tener mayor vivencia de **culpa** y de persecución aumenta la capacidad de reparación.

Síntesis y discusión sobre culpa y responsabilidad en D.W.Winnicott: "El psicoanálisis y pensamiento contemporáneo" J.D.Sutherland y otros. Ed. Paidós 1962

*Pág.15: "El psicoanalista considera el tema de la **culpa** como alguien habituado a pensar en términos de crecimiento, en términos de la evolución del individuo humano, del individuo como persona, y relacionado con su ambiente. El estudio del sentimiento de **culpa** implica para el analista un estudio del crecimiento emocional del individuo. Comúnmente se piensa que el sentimiento de **culpa** deriva de una enseñanza moral o religiosa. Me propongo estudiar aquí el sentimiento de **culpa**, no como algo que ha de ser inculcado, sino como un aspecto del desarrollo del individuo humano."*

Por supuesto que pensamos como Winnicott, en tanto la **culpa** no es necesariamente una enseñanza moral, pero al hablar de desarrollo del ser humano no podemos dejar de lado lo que inculcan los padres o aquellos que los reemplacen, en los aspectos éticos o morales; si bien entiendo que el autor quiere aclarar, es que forma parte de toda la formación de la mente del individuo.

*Pag17: "El crimen realizado no es la causa del sentimiento de **culpa**: más bien es el resultado de la **culpa** que radica en la intención criminal-. Sólo la **culpa** legal se refiere al crimen; la **culpa** moral se refiere a la realidad interior."*

Exactamente esa es nuestra propuesta, que la **culpa** es la que lleva al acto delictivo buscando de esa manera ser castigado. Que es lo que Freud demostró en la acción del Superyó en el Yo, en los ejemplos literarios sobre Dostoievsky.

*Pag.17: "En términos del yo-ello el sentimiento de **culpa** es apenas más que una ansiedad caracterizada por una cualidad especial, ansiedad experimentada debido al conflicto entre el amor y el odio. El sentimiento de **culpa** implica tolerancia de la ambivalencia. No es difícil aceptar la estrecha relación entre la **culpa** y el conflicto personal que surge de un amar y odiar coincidentes; pero Freud fue capaz de rastrear el conflicto hasta sus raíces y demostrar que esos sentimientos se encuentran vinculados con la vida instintiva."*

En este punto estamos en desacuerdo porque la tolerancia a la ambivalencia no es precisamente una cualidad de la **culpa** ya que como el mismo Freud lo demostró en todos

los casos clínicos o en los estudios aplicados de la literatura, siempre que existe una lucha entre el odio y el amor, se produce un castigo, en cambio, Winnicott parece querer decir es que esa capacidad es en realidad la de poder **responsabilizarse** sin buscar un castigo sino más bien una reparación del daño. Creo además, que ambas la **culpa** y la **responsabilidad** son una distinta manifestación de la ansiedad colocada en otras instancias; la primera en el Superyó y la segunda como función del Yo. Estas ideas no son exactamente nuestras ya que en el Yo y el Ello lo manifiesta Freud para la ansiedad como una nueva manifestación dentro del Superyó.

Pag18: "El conflicto del niño entre aquel aspecto de su naturaleza que le hizo odiar y tratar de dañar al padre, y el otro aspecto que le llevó a amarlo, lo envuelve en un sentimiento de culpa. La culpa implica que el niño es capaz de tolerar y sobrellevar el conflicto que, de hecho, es un conflicto de la vida normal".

Es precisamente en estas dos frases donde radica la diferencia entre **culpa** y **responsabilidad**, el primer aspecto que se refiere a dañar al padre corresponde indudablemente a lo que nosotros llamamos **culpa**, mientras que tolerar y sobrellevar el conflicto tiene directa relación con la **responsabilidad** y con el conflicto y con una vida normal.

Pag.20: "En este concepto de superyó se manifiesta la proposición de que la génesis de la culpa reside en la intención. Aquí radica la razón más profunda del sentimiento de culpa relacionado por lo general con la masturbación y las actividades autoeróticas. En sí misma la masturbación no constituye delito, si bien en la fantasía total de la masturbación se encuentran reunidas la intención consciente e inconsciente".

Es por eso que cuando la intención durante la masturbación es colocarse entre los padres en el momento del coito, interrumpirlos y de alguna manera atacarlos aparece el sentimiento de **culpa**, recién cuando se sale de ese período, sin importar la edad, empieza la posibilidad de asumir alguna **responsabilidad** en su vida sexual

Pag.21: "Mientras conceptualizamos los procesos subyacentes al sentimiento de culpa tenemos bien presente el hecho de que el sentimiento de culpa, aún en el caso de ser inconsciente y, en apariencia, irracional, implica cierto grado de crecimiento emocional, salud del yo, y esperanza."

El autor que más influyó para esta tesis es justamente W. Winnicott, con sus ideas de que el concepto de **culpa** no es sólo algo referido a la patología, y que está en relación con el crecimiento y el desarrollo del niño. Pero que como el término no está diferenciado, en la clínica lleva a malos entendidos, y hace creer a algunos analista que la finalidad de un tratamiento es que el paciente perciba su **culpa** y logre un desarrollo.

*Pag.21: “Nos estamos ocupando de las anormalidades del superyó. En exitosos análisis de individuos que se hallaban oprimidos por un sentimiento de **culpa**, descubrimos que la carga se hacía más liviana conforme pasaba el tiempo. Este alivio del sentimiento de **culpa** sigue a una disminución de la represión, o a un acercamiento del paciente al complejo de Edipo y una aceptación de la **responsabilidad** respecto de la totalidad del odio y del amor que el mismo implica.”*

Exactamente esto es lo que postulamos, pero creemos entender que el reconocimiento de la **culpa** permitirá luego llegar a la **responsabilidad**.

*Pag.21: “Esto no significa que los pacientes pierdan la capacidad de sentir **culpa** (excepto en algunos casos en que pueda haberse producido un falso desarrollo del superyó, radicado en una forma anormal de intrusión de una influencia autoritaria muy poderosa del ambiente de los primeros años).*

Que alguien se haga **responsable** no implica que pierda la capacidad de sentir **culpa**, sino más bien es un ampliación de sus capacidades, aquellas personalidades amorales o con otro sentido ético, no sólo no son capaces de sentir **culpa**, mucho menos son capaces de asumir ninguna **responsabilidad**. Desde luego en ningún caso me estoy refiriendo a estas últimas patologías que desde el punto de vista psicoanalítico tiene pocas posibilidades de realizar un verdadero cambio psíquico

Pag.26: “La necesidad del niño de una oportunidad a fin de reparar y restituir, siempre que el Yo inmaduro acepte el sadismo oral, constituye la segunda contribución de Klein en este campo.”

Esta cita que hace W. Winnicott de una idea de M. Klein, coincide con nuestro pensamiento sobre la necesidad en el niño de la aceptación de los aspectos sádicos en

cualquier zona erógena, y afirmamos que la **culpa** no es precisamente el afecto que permita ni aceptar, ni reparar y menos restituir los daños realizados o fantaseados.

Pag 27: "Sin embargo, somos capaces de lograr en nuestra tarea una visión de este importante desarrollo de los seres humanos: el origen para la capacidad para un sentimiento de culpa. A medida que el niño descubre que la madre sobrevive y acepta el gesto de restitución, se vuelve capaz de aceptar la responsabilidad por toda la fantasía del impulso instintivo en su plenitud, que previamente era despiadado. La falta de piedad da lugar a la compasión; la despreocupación, a la preocupación. (Estos términos se refieren al desarrollo temprano)."

En este apartado, podemos observar quizás, cual es para Winnicott el desarrollo de los sentimientos: primero el niño debe sentir **culpa** por los daños reales y/o fantaseados, en la medida en que esto se logre aparecerá la **responsabilidad** por los ataques inflingidos. Puede que así sea, pero, de la forma en que lo presenta pensamos que todavía para este autor los dos términos son similares. El paso de la despreocupación a la preocupación y nosotros agregaríamos a la ocupación por la reparación de los daños realizados, son sentimientos directamente relacionados con la **responsabilidad**.

Pag.28/29: "Según mi punto de vista, la obra de Klein ha posibilitado la incorporación a la teoría psicoanalítica de la idea de un valor del individuo, mientras que en el psicoanálisis anterior el planteo se efectuaba entre términos de salud y mala salud neurótica. El valor se halla íntimamente vinculado con la capacidad de sentir culpa."

El gran avance de Klein, el colocar al valor como algo fundamental en la vida del ser humano, pero también pensamos que no sólo está vinculado con la capacidad de sentir **culpa**, sino también la capacidad de aceptar la **responsabilidad** tanto de sus actos como de sus pensamientos y fantasías.

Pag.29: "La falta de un sentido moral. Indudablemente, ciertas personas carecen de la capacidad de sentir culpa. La incapacidad extrema de experimentar preocupación ha de ser rara. Pero no es extraño hallar individuos que han tenido un desarrollo normal sólo en parte, y que en parte son incapaces de preocuparse o sentir culpa, o al menos remordimientos. Aquí se tiene la tentación de recurrir, a los efectos de la explicación, al factor constitucional -factor que por supuesto, jamás puede excluirse-. El psicoanálisis, no

obstante, ofrece otra explicación. De acuerdo con la misma, los que carecen de sentido moral no contaron en las primeras etapas de su desarrollo con el marco emocional y físico dentro del cual se hubiera desarrollado la capacidad de sentir culpa."

La falta de sentido moral es una patología que no siendo extremadamente frecuente, se da regularmente, el problema es que para la sociedad los sociópatas o sea aquellos que no se rigen por la moral de la sociedad en que viven, son excluidos de toda observación psicológica, aún excluidos de la misma. Pero si observamos con más cuidado nos damos cuenta que estas personalidades, en realidad no sólo no perciben la **culpa** sino que mucho menos se sienten **responsables** de sus actos, y permanentemente proyectan en otros estos sentimientos y les hacen sentir lo que ellos son incapaces de percibir.

Pag.30: "Gradualmente, en circunstancias favorables, se estructura en el individuo una capacidad para sentir culpa en relación con su madre, y esto se halla íntimamente vinculado con a la oportunidad para la reparación. Cuando se establece la capacidad de sentir preocupación, el individuo comienza a estar en condiciones de experimentar el complejo de Edipo y de tolerar la ambivalencia inherente a la última etapa, en la cual el niño, si está maduro, queda envuelto en relaciones triangulares, como tienen lugar entre los seres humanos llegados a la plena adultez."

Estas afirmaciones de Winnicott merecen varios comentarios; 1° creemos que el complejo de Edipo está en directa relación con el sentimiento de **culpa**, pero que de ninguna manera permite la reparación; 2° que para realizar esa reparación, el complejo de Edipo debe estar en un período de elaboración o como diría S. Freud en su naufragio, cuando el individuo alcanza este momento no se preocupa sino que se ocupa de tolerar la ambivalencia y sobre todo trata de ser capaz de admitir y vivir las situaciones triangulares sin sentir que va a ser destruido o necesitar destruir.

Pag.33: "No podemos abrigar la esperanza de curar a muchos de los que se han convertido en delincuentes, pero sí esperamos comprender cómo prevenir el desarrollo de la tendencia antisocial. Al menos podremos evitar que se interrumpa el desarrollo de la relación entre la madre y el lactante. Asimismo, al aplicar estos principios a la educación corriente de los niños, seremos capaces de percibir la necesidad de cierto rigor en el trato cuando el propio sentimiento de culpa del niño todavía es primitivo e imperfecto; mediante

limitadas prohibiciones brindaremos la oportunidad para aquellas limitadas travesuras que consideramos naturales, y que expresan gran parte de la espontaneidad del niño."

Un niño sin límites tolerables es un niño abandonado, que terminará con un problema en el desarrollo de su ética.

Síntesis y discusión de la **culpa** y la **responsabilidad** en L. Grinberg.

Culpa y depresión de León Grinberg, Ed. Paidós, 1963. Bs.As. Argentina

Pag.14.: "Mi profunda convicción acerca de la influencia poderosa que ejerce la culpa y los duelos mal elaborados en el origen y agravación de las enfermedades mentales y aún físicas."

Esta aseveración con la que estoy en completo acuerdo refirma mi hipótesis de la importancia de la **culpa** en el desarrollo de las patologías mentales no totalmente aceptada por los estudiosos de la mente humana.

Pag17.: "Los conceptos vinculados a los aspectos normales y patológicos del duelo y la relación de los mismos con los dos tipos de culpa. La culpa persecutoria que se ha experimentado frente al objeto y frente al Yo, determinará la aparición de duelos patológicos que, frecuentemente, se convertirán en cuadros melancólicos. En cambio la culpa depresiva, cuando logre librarse de sus componentes persecutorios, creará la posibilidad de una auténtica reparación del yo y de los objetos."

Así comienza el trabajo de L. Grinberg para poder entender en el pensamiento kleiniano el valor de la **culpa** para la elaboración de los duelos, desde luego lo seguiremos en toda su extensión por que es el primer eslabón para entender el significado y la trascendencia del término **culpa** y la confusión a que se puede llegar si no se deslinda en su totalidad dicho concepto.

Pag. 19: Estudiando a S. Freud en su trabajo sobre Tótem y Tabú nos dice L.Grinberg: "Sin embargo, después de haberse satisfecho el odio de los hijos matando al padre, surgieron sentimientos cariñosos-que habían estado reprimidos- dando lugar al remordimiento y al sentimiento de culpa."

Estoy en desacuerdo, la **culpa** es siempre persecutoria y exige un castigo en relación al daño realizado; cariño y remordimiento son indicadores de cambio donde la **responsabilidad** por el objeto es lo prevalente en ese momento.

*Pag.23.: "Uno de los aspectos característicos de esta relación de **dependencia** a los antepasados es el culto a los muertos que puede observarse en muchas de las religiones de la antigüedad y que se manifiesta, en forma indirecta, en algunas religiones actuales. En el culto a los muertos se encuentra implícito el miedo a los mismos y se expresa frecuentemente con una calidad intensamente persecutoria. Este temor es el resultado de la conciencia **culpable** del viviente por los sentimientos ambivalentes que ha experimentado frente al muerto."*

Estoy de acuerdo con la **culpabilidad** inconsciente que aparece frente a la muerte de un ser querido y que es fundamentalmente persecutoria, en lo que no estoy de acuerdo es que esa relación produzca **dependencia** es más bien un estado de **sumisión** de ahí que aparezca en tantas religiones, donde el sometimiento de los fieles es la regla.

Pag.57.: "Freud puso más el acento en la crueldad del Superyó, sobre todo en cuadros mentales como la melancolía. Este énfasis puesto por S.Freud en el aspecto severo y cruel del Superyó, determinó que se tendiera a relacionar el término "superyó" casi exclusivamente con un significado persecutorio y sádico. Y bien esto es válido para explicar la génesis de las neurosis y las psicosis, como así la particular gravedad que pueden alcanzar las mismas debido al carácter sádico del Superyó, se debe tener en cuenta la existencia de otros aspectos positivos y protectores del Superyó, que son de suma importancia en la evolución del individuo para su buen desarrollo mental y su salud psíquica. El Superyó bondadoso, que se basa en incorporación de los aspectos tolerantes y protectores de los padres y que determinan objetos internos benignos, estimula al Yo a un mejor desarrollo, con más confianza en sí mismo, que lo lleva a un enriquecimiento y ampliación de su límites."

Por supuesto que la incorporación de los Superyó de los padres por los niños en su infancia, determina en gran medida como será el Superyó de ellos mismos. En esa incorporación se introyecta también los aspectos bondadosos de ellos. Aquí cabe preguntarse sino será que en este núcleo aparecen los primeros atisbos de **culpa** cuando los introyectos persecutorios y de **responsabilidad** cuando son bondadosos o mejor justos.

*Pag. : "Pag.66. "Ha surgido en algunos psicoanalistas la tendencia centrar sus interpretaciones en la necesidad de liberar a sus pacientes de una **culpa**, considerada*

como un sentimiento de características negativas, patológicas, al cual se encontrarían sometidos masoquísticamente. Tal culpa correspondería a la internalización del conflicto entre en Superyó y Yo, en el cual el Yo tiene que aceptar irremediamente la injusta carga (la culpa misma) que las severas y terroríficas imágenes superyoicas le han impuesto. El paciente "obligado" a aceptar esta culpa so pena de sufrir el terrible castigo por parte de tales figuras. El análisis concebido con esta técnica procura esclarecer al paciente que esta culpa lo conduce exclusivamente a una represión de su vida instintiva (erótica y agresiva), y a la búsqueda masoquista de autocastigos y privaciones; en última instancia, al mantenimiento de la enfermedad o su agravación." Por otro lado, otros psicoanalistas parecen seguir un criterio teórico-técnico diametralmente opuesto en lo que a este problema se refiere. Para ello, lo nuclear en todo conflicto neurótico correspondería precisamente a la negación de la culpa que se ha sentido por las propias fantasías agresivas contra los objetos. De modo que, para los que sustentan esta posición; el objetivo terapéutico está centrado en la necesidad de que los pacientes superen dicha negación y tomen conciencia de las fantasías y del sentimiento de culpa subyacente, lo cual le permitirá superar la posición depresiva y lograr la curación.

Los partidarios del primer enfoque critican a los psicoanalistas del segundo grupo, opinando que actúan identificados con imágenes superyoicas severas, con lo que provocan y aumentan la culpa de sus pacientes y sus efectos patológicos. Estos a su vez, objetan la operancia de una técnica que, según ellos, sólo conduciría a actitudes maniacas, de negación y de "fuga hacia la salud", en lugar de llevar una solución profunda y auténtica."

Pienso que en este apartado de L. Grinberg está contenido todo el problema que tratamos de resolver en esta tesis, por un lado interpretar la culpa directamente produce en quien la recibe una acusación; por otro lado negarla llevarían a un estado maniaco donde el sujeto se siente más prisionero que antes de su superyó. Creemos que el centrarnos en la **responsabilidad** no es sólo un cambio de sintaxis sino un cambio semántico profundo como trataremos de demostrar

Pag 68.: "A mi juicio, resulta esencial discriminar, tanto desde el punto de vista teórico como técnico, estas dos clases de **culpabilidad**, procurando ayudar a nuestros

pacientes a liberarse de la culpa persecutoria y a que adquirieran la capacidad de sentir la culpa depresiva, reparatoria para su Yo y para sus objetos."

Pag.69: "La culpa depresiva, con todas las características descriptas por M.Klein, requiere de un Yo integrado para ser vivenciada plenamente y utilizada con sus efectos reparatorios; mientras la culpa persecutoria se evidencia en forma precoz, aún con un Yo débil e inmaduro, y se incrementa en forma automática junto con las angustias de la fase esquizo-paranoide o ante cualquier frustración o fracaso en la evolución hacia la fase depresiva. Es el tipo de culpa que colorea el cuadro de toda neurosis o psicosis determinando inhibiciones de toda índole, o actitudes masoquistas extremas; es la culpa que condena al paciente prácticamente a una paralización de sus actividades sanas o normales. La misma que conduce a la necesidad de introyectar el objeto perdido ("la sombra del objeto cae sobre el Yo", según señala S.Freud en Duelo y Melancolía) como recurso para controlarlo o aplacarlo, y que impulsan a ciertos individuos a convertirse en criminales."

Pienso que en estos párrafos está contenida parte de lo que trataré de demostrar en esta tesis a saber: 1° la culpa por tener su origen en las fantasías agresivas del individuo siempre es persecutoria y la reparación nunca puede ir acompañada de agresión y menos persecución. 2° la culpa depresiva de L.Grinberg en realidad puede quizás ser comprendida por el terapeuta pero al serle interpretada al paciente éste le atribuye cualidades acusatorias, siente y piensa que su sentimiento de culpa lo hace merecedor de castigo y 3° si el psicoanalista no tiene dentro de sí un concepto diferente de la reparación, inconscientemente, va lograr lo contrario de lo que se propone.

Pag.70: "Muy a menudo se ha confundido el sentimiento de culpa con la angustia. Considero realmente importante establecer su diferenciación. En primer término, existe entre estos dos sentimientos una diferencia basada en la noción temporal. La angustia se relaciona con el futuro; se trata de un peligro que puede sobrevenirle al Yo del individuo; mientras la culpa se refiere a una experiencia pasada. Otra distinción importante es que la ansiedad surge de un ataque dirigido contra el Yo; en cambio; la culpa proviene de un ataque provocado o fantaseado por el Yo."

Es muy interesante la distinción entre angustia y **culpa**, con la cual estoy en pleno acuerdo, el autor confirma mi hipótesis que la **culpa** proviene siempre de una agresión real o fantaseada y por lo tanto siempre será persecutoria.

Pag.83: "Perder algo significa sufrir ya una privación. El Yo del individuo se siente en déficit, frustrado, y al mismo tiempo experimenta culpa. Esta misma calidad de culpa aparecerá incluso frente a la pérdida de objeto. Pero no me estoy refiriendo, en este caso, tan sólo a la culpa frente al objeto por haberlo atacado en la fantasía. Sin excluir esta culpa existe otra que está vinculada directamente con lo que le ocurre al Yo. Se trata de una culpa frente a sí mismo, por haber provocado en la fantasía esta pérdida que perjudica al Yo, o por no haberla podido evitar. El Yo se siente empobrecido en su relación con el objeto. Además, y desde el momento en que toda relación con él existe la relación con los aspectos propios del Yo allí depositados, sucede que en cada pérdida objetal se sufre simultáneamente la pérdida de las partes del Yo que, por identificación proyectiva habían sido puestas en el objeto"

Es muy interesante el aporte de L. Grinberg en relación no sólo al daño que se le puede infligir a otro, sino también, como afecta al propio Yo perder o abandonar un vínculo, el Yo se debilita o bien pierde coherencia. En este caso nosotros más bien diríamos que el Yo lo que siente es una falla en la **responsabilidad** por el cuidado del sí mismo; si la persona puede asumir la pérdida como algo que es capaz de sucederle en el devenir a cualquier ser humano, el sentimiento de **responsabilidad** le permitirá no sólo tolerar el dolor de esa pérdida sino también tratar de reparar los daños hechos a sí mismo y a los objetos.

Pag.86.: "Uno de los principales efectos contenidos en la experiencia vivencial de la culpa persecutoria, es el resentimiento. En mi opinión, el resentimiento se experimenta frente a algo o alguien que se ha querido y a quien se reprocha el haber provocado una frustración, pérdida o agresión, ante la cual el Yo se ha sentido víctima."

Pag.87.: "Cuanto mayor sea el resentimiento, mayores serán la culpa y la persecución y más difícil resultará la elaboración del duelo. En cambio, en la medida que disminuye el resentimiento y, por consiguiente, la culpa persecutoria, aumentarán la pena

*y el dolor por la pérdida, con una connotación más depresiva, aumento de la preocupación y de la **responsabilidad** y, en última instancia, de la capacidad reparatoria."*

En este momento L. Grinberg está avalando mi tesis ya que propone la disminución del resentimiento y la **culpa** persecutoria y se centra en el aumento de la pena y el dolor, con connotaciones más depresivas, y el aumento de la preocupación y la **responsabilidad** con sus corolarios reparatorios.

Pag.88.: L. Grinberg cita a Melanie Klein (1946, "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides") :

*"Dado que la parte destructiva y odiada de uno mismo que es disociada y proyectada, es sentida como un peligro para el objeto amado y da lugar, por lo tanto, a la **culpa**, este proceso de proyección implica, en cierta forma, un desvío de la **culpa** de uno mismo hacia la otra persona. Empero, la **culpa** no ha sido abandonada, y la **culpa** desviada es sentida como **responsabilidad** inconsciente por las personas que han pasado a ser representantes de la parte agresiva de uno mismo."*

Cuando la **culpa** es proyectada en otra persona, ésta o asume esa **culpa** tal como la tiene o tenía la persona en su origen o bien elabora la agresión y transforma esa destructividad en algo merecedor de reparación y entonces y sólo entonces lo asumirá como **responsabilidad** cambiando el sentido original por una capacidad que no tiene la personalidad originaria de la **culpa**. Aquí Klein describe la elaboración que estamos sosteniendo, como aquella que debe realizar el terapeuta ya sea en su propio psicoanálisis o en su supervisión psicoanalítica.

*Pag.89.: "La disociación junto con la proyección constituye el mecanismo de identificación proyectiva, que es característica de las personalidades esquizoides. La utilización excesiva de este mecanismo debilita más al Yo, que se siente entonces menos capacitado para soportar la **culpa** y la persecución; esto conduce a un funcionamiento cada vez mayor de identificación proyectiva y se recrea así un círculo vicioso. Si las cosas se agravan puede conducir directamente a la psicosis esquizofrénica."*

Esta excelente descripción del desarrollo de la **culpa** y sus consecuencias, nos aclara que este sentimiento no sólo puede llevar a la depresión y a la melancolía, sino también en última instancia a una psicosis.

*Pag.91.: "Los pacientes paranoides...niegan sus propios impulsos hostiles, los proyectan y se consideran víctimas de la persecución por parte del objeto. Esto aclara la ausencia de **culpa** y la sensación de bastarse a sí mismos que es tan pronunciada en algunos delirios persecutorios. Estas personas utilizan el delirio de ser perseguidos para negar sus sentimientos ambivalentes de amor y de odio hacia el objeto del delirio y eludir de este modo la sensación de **culpa**. Cuando admiten su odio violento contra sus perseguidores, lo expresan con tantas argumentaciones que no necesitan sentir la **culpa**. En realidad estas personas tienen que pagar también un elevado precio para mantener la negación y el rechazo de su **culpa** (persecutoria) con sus mecanismos paranoides. Por lo pronto existe una gran restricción de sus actividades intelectuales, ya que tienen su pensamiento y su capacidad de ideación absorbidos por sus temores y por sus maniobras defensivas."*

Estas patologías en las que es permanente la proyección de los aspectos agresivos, más el déficit en asumir la **responsabilidad**, como única salida del círculo vicioso que produce la **culpa**, las inhibe de revertir el proceso y el elevado precio que pagan como bien dice L. Grinberg, para mantener las defensas les resta energía disponible para el trabajo intelectual o la capacidad creativa, se trata de personalidades generalmente frustradas en la búsqueda de estímulos gratificantes en la vida.

*Pag.91: "En otros casos, la forma de pretender contrarrestar la influencia de la **culpa** (persecutoria) se manifiesta a través de una negación absoluta de la misma, que va aparejada con fuertes sentimientos de omnipotencia o idealización del vínculo con el objeto. Estas personas se sienten por lo general triunfadoras, muy seguras, con un optimismo exagerado y con tendencia a establecer múltiples relaciones aunque de carácter precario y superficial. Necesitan poder disponer de muchos sustitutos para poder utilizarlos rápidamente en las situaciones de pérdida. Niegan constantemente la **culpa** o la proyectan en los demás. No pueden admitir la **responsabilidad** y tratan de manejar la omnipotencia hasta el extremo, que pretenden, a través de la misma, controlar todas las*

situaciones y a todas las personas. Configuran los típicos cuadros maníacos e hipomaniacos en los predominan la euforia, la excitación y la hiperactividad."

*Pag.94.: " Hay otro grupo de pacientes, los psicópatas o impulsivos quienes, ante la dificultad de manejar la **culpa** en el plano mental intentan hacerlo a través de la acción. Son personas de conducta versátil que se caracterizan por buscar satisfacer perentoria e inmediatamente sus deseos, sin soportar ninguna postergación, tienen una pronunciada falta de **responsabilidad**".*

Son evidentes en estos párrafos, los rumbos patológicos que se siguen ante la imposibilidad de sentir **culpa** y asumir la **responsabilidad**: inhibiciones, paranoia, hipomanía, psicopatía y otros claros ejemplos.

*Pag.99: "Según Winnicott, D. W en : "El psicoanálisis y el sentimiento de culpa", en "El psicoanálisis y el pensamiento contemporáneo" de J. D. Sutherland y otros. Bs.As., Ed. Paidós. 1962. El estudio del sentimiento de **culpa** implica un estudio del crecimiento emocional del individuo. En términos del Yo-Ello, el sentimiento de **culpa** es apenas algo más que una ansiedad caracterizada por una cualidad especial, ansiedad que se experimenta debido al conflicto entre el amor y el odio. La **culpa** implica tolerancia de la ambivalencia. En otro pasaje en que relaciona el sentimiento de **culpabilidad** con el complejo de Edipo, señala que la **culpa** implica que el niño es capaz de tolerar y sobrellevar el conflicto que, de hecho, es un conflicto inherente a la vida normal. Y agrega que el sentimiento de **culpa** significa que el Yo comienza a establecer relaciones con el Superyó. La ansiedad ha madurado en **culpa** "El sentimiento de **culpa**, aún inconsciente y aparentemente irracional, implica un cierto grado de crecimiento emocional, salud del Yo y esperanza".*

Yo agregó que para que ese crecimiento se confirme debe existir un paso más: es la maduración de la **culpa** en **responsabilidad**, que permite un crecimiento de la capacidad de espera, un desarrollo emocional menos persecutorio, y una esperanza más condicionada a la realidad y menos a las fantasías maníacas y omnipotentes.

*Pag 100.: "A medida que el niño descubre que la madre sobrevive y acepta el gesto de restitución, se vuelve capaz de aceptar la **responsabilidad** por toda la fantasía del impulso instintivo en su plenitud. Según él (Winnicott), es una experiencia fascinante para*

*todo analista observar el progresivo crecimiento de la capacidad del individuo para tolerar los elementos agresivos de sus impulso amorosos primitivos. Por otra parte se refiere a un círculo benigno de; 1) experiencia instintiva, 2) aceptación de la **responsabilidad** que se denomina **culpa**, 3) una elaboración y 4) un auténtico gesto de restitución."*

El mismo Winnicott se ve imposibilitado de llamar a este estado directamente **responsabilidad** muy influenciado él también por el peso de las ideas de M.Klein.

Pag.101: "En su trabajo sobre el duelo, M.Klein ("El duelo y su relación con los estados maníacos-depresivos", Revista de Psicoanálisis,6, Bs.As.,1949,50.) utiliza por primera vez el término pening (penar) para designar los complejos sentimientos que se establecen en el Yo como consecuencia de la "pena e inquietud por los objetos amados, por el temor de perderlos y el ansia de reconquistarlos", base de la posición depresiva."

Registrar y sentir la pena no es posible cuando existe **culpa**, , sólo es posible penar por alguien o algo si el Yo se hace **responsable** por ellos y tratan de preservarlos, aún de las fantasías más destructivas.

*Pag 103: "Agrega M.Klein que en el surgimiento de la angustia depresiva y, particularmente, con el comienzo de la posición depresiva, el Yo es llevado a proyectar, desviar y distribuir los deseos y emociones así como la **culpa** y la necesidad de reparar, en nuevos objetos e intereses. Este desplazamiento a otros objetos refuerza el proceso que incrementa las sublimaciones y las nuevas relaciones objetales; en realidad constituyen el origen principal de las sublimaciones a lo largo de toda la vida."*

Esto sucede cuando el deseo de reparar que proviene de un aspecto del Yo que ha elaborado la **culpa**.

*Pag.103 : "Si el niño siente que ya no puede confiar suficientemente en sus sentimientos constructivos de reparación, recurrirá a la defensa maniaca y a las defensas omnipotentes, tanto para controlar y dominar los objetos persecutorios, como para salvar y restaurar los objetos amados." La **culpa** se encuentra en la misma esencia del conflicto que padece el Yo frente al Superyó; es percibida por aquél y puede llegar a desencadenar*

una respuesta depresiva en el individuo. La depresión es pues, uno de los resultados de la culpa; es el estado en que ha quedado el Yo como consecuencia del conflicto".

Pag 104: "La depresión configura, pues un renunciamiento y una entrega del Yo, que se abandona y no lucha. La culpa depresiva, por el contrario, implica un haberse hecho cargo del problema con aceptación de la responsabilidad."

Quisiera remarcar especialmente en este párrafo la distinción que hace L. Grinberg entre depresión culpa depresiva, en él está contenido el problema más importante que tratamos de dilucidar, ya que aparece la depresión como patología junto con la culpa depresiva como sinónimo de **responsabilidad**. El término depresión en ambos casos es lo que lleva confusión; de lo que se trata es de deslindar los conceptos, reservando la cualidad persecutoria a la **culpa** propiamente dicha y la cualidad **responsable** a la llamada culpa depresiva. La salida del conflicto **culposo**, si logramos aclarar los términos: una opción la depresión como patología con el abandono del Yo, tal como lo enuncia L. Grinberg, entregado al reproche e imposibilitado de actuar; otra opción sería la negación del conflicto apelando a las defensas maníacas omnipotentes en función de controlar los objetos persecutorios (manía o hipomanía) y una tercera que correspondería a la psicopatía y conductas asociales. A lo que tiende el psicoanálisis es a la aceptación dolorosa y **responsable** que le cabe al sujeto frente a sus impulsos destructivos, única salida o camino posible hacia la reparación de los daños reales o fantaseados y a la disminución del conflicto neurótico.

Pag 105.: "E. Pichon Rivière ha planteado, por su parte que las neurosis y psicosis están centradas alrededor de la génesis y estructura una situación primaria. Para él, esta sería la "enfermedad única"; todas las demás configuran estructuras que son tentativas que hace el Yo para deshacerse de esta situación depresiva básica." Revista de Psicoanálisis, IV, 2; "Psicoanálisis de la esquizofrenia", 1947, Revista de Psicoanálisis, IV, 2, Bs.As.

Esta teoría que ha sido poco desarrollada a través del tiempo, es en sí no sólo valiosa sino sobre todo esclarecedora de muchos malentendidos entre psicoanalistas, creemos que en el fondo de toda patología existe una **culpa** que no ha sido elaborada ni por supuesto asumida como **responsabilidad**, tal es nuestra concepción.

Pag. 112: "El concepto de duelo implica todo un proceso dinámico complejo que involucra a la personalidad total del individuo y abarca, de un modo consciente e inconsciente, todas las funciones del Yo, su actitudes, defensas y, en particular las relaciones con los demás. Etimológicamente, el término duelo significa "dolor" y también "desafío y combate entre dos".

Los descubrimientos empíricos de L. Grinberg sobre los efectos de los duelos en el Yo serían mucho más simples si en lugar de crear una nueva forma de **culpa**, utilizaría el concepto de **responsabilidad**, por que permitiría entender que el Yo tiene funciones frente a diversas circunstancias pasibles de ser usadas cuando la relación con el objeto perdido no ha sido persecutoria. Además **responder** es un atributo del Yo que no debe ser confundido con ninguna sombra, ya que se va adquiriendo con el desarrollo.

*Pag.169: "La vinculación con el objeto que se pierde es más directa aún en la extendida costumbre judía, que persiste hasta nuestros días también en otras comunidades, de cubrir los espejos en la casa en que se ha producido una muerte. Aunque se racionalice con otras explicaciones, obedecería al temor de que las almas de los sobrevivientes, proyectadas en forma de reflejos, en los espejos, puedan ser llevadas por el alma del difunto, que se supone ronda por la casa hasta después del entierro. Todo este proceder y las creencias que lo sustentan tienen su fundamento psicológico en la **culpa** (persecutoria) experimentada frente al muerto, por la ambivalencia de los sentimientos en relación con él."*

La **culpa** sea siempre persecutoria tiene su apoyo no sólo en los descubrimientos psicológicos sino también históricos, antropológicos y aún religiosos.

*Síntesis y comentarios sobre la culpa y la responsabilidad en J. Lacan**Seminario 1**Clase 13 La báscula del deseo**5 de Mayo de 1954*

*"Esa niña de la cual hablé hace un momento, quien no es especialmente feroz, se dedicaba muy tranquilamente- en un jardín de la campiña donde se había refugiado, a una edad en que apenas caminaba- a darle en la cabeza con una piedra bien grande a un vecinito compañero de juegos con el cual precisamente, realizaba sus primeras identificaciones. El gesto de Caín, para realizarse del modo más espontáneo, hasta diría del modo más triunfante, no requiere gran **culpabilidad**. Ella no experimentaba ningún sentimiento de **culpa**: Yo romper cabeza a Francisco. Lo decía con seguridad y tranquilidad. No por ello le auguro el porvenir de una criminal. Sólo manifestaba la estructura más fundamental del ser humano en el plano imaginario: destruir a quien es la sede de la alienación."*

Parecería que para Lacan no existe **culpa** en los primeros años de vida y que el mundo está regido por si el otro es motivo de su alineación y debe ser destruido, sin por eso tener ningún atisbo de **culpa**.

*Seminario 5**Clase 23*

*"Lo importante es que aquí vemos aparecer entonces al desnudo, si puedo decirlo y aislado, en estado de objeto parcial, si no volante el significante falo, yo que el punto que es importante es claramente que no sabemos en que momento del análisis de esta enferma— porque es una enferma ciertamente en análisis— el tema de este sueño ha sido extraído. El punto importante está evidente mente aquí en "no es su **culpa**"*

Nuevamente Lacan considera que el paciente no es **culpable** como parece decir Freud, lo adjudica al significante falo, pero creo que el problema radica, no si en realidad es **culpable**, si no en que la paciente se siente así, podrá ser por su relación con el símbolo

fálico o no, lo importante no es la teoría que subyace a su sentimiento sino éste en sí y a cómo el analista tratará de interpretarlo.

Seminario 5

Clase 29

"Las oscuridades concernientes a las incidencias del Superyó que han correspondido a nuestra experiencia sobre esta instancia, provienen en esencia de esto: conviene distinguir la culpa, que en definitiva conserve que hay una relación del sujeto a la ley, que no hay culpa sin referencia a la ley. Esto lo aporta la experiencia analítica."

Estoy en todo de acuerdo con Lacan, no existe culpa sin intervención del Superyó en otras palabras la ley, creo que es exactamente lo que dice en todos sus trabajos S.Freud.

Seminario 5 Clase 29

"Ese Superyó materno arcaico al cual están atados los efectos del Superyó primordial del que habla Melanie Klein es algo que nosotros ahora comprendemos que ha sido puesto en la misma línea en que se produce el mandamiento de la culpa ligado, como se ve, al otro del otro. Es en el primer otro, soporte puro de las primeras demandas, emergentes casi inocentes del sujeto en el nivel de las primeras articulaciones de gemidos de su necesidad en el nivel en el que tanto se insiste hoy, de las primeras frustraciones."

En este punto estoy en acuerdo con Lacan, colocarle al superyó materno todo el peso de la culpa, es olvidarse que S.Freud habló de la identificación con el Superyó de ambos padres aún en los primeros momentos, teniendo en cuenta que la madre tiene por supuesto a ambos padres en su interior.

Seminario 5 Clase 29

"Es en la relación del deseo a la demanda, por el hecho de que todo lo que va en la dirección de una formulación de la demanda se acompañe por un resorte, mecanismo del que aquí vemos los trazos, los hilos, escritos en el pequeño grafo sobre la pizarra, por eso no puede ser sentido, determinado en su resorte vivido por el sujeto porque esta condenado a estar siempre en alguno de sus lugares pero no puede estar en todos al mismo tiempo. Eso es la culpa. Es ese algo sobre lo que cae la interdicción no tanto formulando sino castigando al deseo haciéndolo desaparecer, matándolo."

Estoy en acuerdo con que la **culpa** logra hacer desaparecer el deseo, que es la condena que el superyó logra sobre el Yo, en muchos casos con la consecuencia de un síntoma que reemplaza del deseo a la demanda.

Seminario 5 Clase 29

"Esta claro que el obsesivo esta condenado a llevar su batalla de salvación para su autonomía subjetiva en el nivel del deseo, que todo lo que aparece en ese nivel incluso bajo la forma denegada, esta ligado a la culpa y por debajo, en el tercer nivel, que llamaremos el nivel del Superyó, que es llamado, no se porque en la observación que hemos seguido en la Revue de Psychanalyse, Superyó femenino. Digamos maternal. De ordinario es considerado como el Superyó maternal en todos los otros textos del mismo registro. Hay una anomalía inherente a la observación misma en esta suerte de obsesión engendrada por el hecho que se trata allí de la envidia del pene y que algo de eso interesa a la mujer como tal."

Desde ya que creo que es el Superyó o mejor la **culpa** la que deniega el deseo pero no pienso que es materno ni paterno sino parental. Existe en la mujer la envidia del pene, pero no es el único y menos el más relevante de los productores de la interdicción del deseo.

Seminario 7 Clase 24

"Esta proposición, aceptable o no en tal o cual ética, expresa bastante bien lo que constatamos en nuestra experiencia. En ultimo término, aquello de lo cual el sujeto se siente efectivamente culpable cuando tiene culpa, de modo aceptable o no para el director de conciencia, es siempre, en su raíz, de haber cedido en su deseo."

La frase de Lacan sentirse **culpable** cuando tiene **culpa**, es un tanto confusa; la **culpa** es un sentimiento no una realidad. En lo que sí estoy en acuerdo es que ese sentimiento aparece toda vez que alguien accede a satisfacer sus deseos, cualquiera fueran ellos.

Seminario 7 Clase 24

"Hacer las cosas en nombre del bien y, más aún, en nombre del bien del otro, esto es lo que esta muy lejos de ponernos al abrigo, no sólo de la culpa, sino de toda suerte de

catástrofes interiores. En particular, esto no nos pone ciertamente al abrigo de la neurosis y sus consecuencias. Si el análisis tiene un sentido, el deseo no es más que lo que sostiene el tema inconsciente, la articulación propia de lo que nos hace arraigarnos en un destino particular, el cual exige con insistencia que la deuda sea pagada y vuelve, retorna, nos remite siempre a cierto surco, al surco de lo que es propiamente nuestro asunto."

Estoy también de acuerdo con Lacan, ya que no importa si se satisface el deseo en nombre del bien de otro, siempre en el inconsciente va quedar como algo que merece un castigo y por lo tanto estará presente la **culpa**. Me parece interesante la idea de la deuda en tanto representante de la **culpa**, ya que muchos pacientes denominan así a su **culpa** consciente.

Escrito I Dos

"La responsabilidad, es decir, el castigo, es una característica esencial de la idea del hombre que prevalece en una sociedad dada."

Si lo que Lacan quiere decir es que la sociedad confunde **responsabilidad** con **culpa**, cosa que creo, es Lacan el que adscribe el castigo a la **responsabilidad** y aquí tiene el mismo error que la mayoría de los psicoanalistas y la sociedad.

Otros trabajos de Jacques Lacan

De la psicosis paranoica/ 3 concepciones de la psicosis paranoica como desarrollo..

*"Nosotros, según lo hemos indicado ya, no creemos que este punto de vista pueda bastar en todos los casos. En opinión nuestra, la definición general que hemos dado de la personalidad, así como la discriminación nueva que introducimos en los delirios de acuerdo con la presencia o la ausencia del determinismo autopunitivo, pueden suministrar la base positiva que requiere una teoría más jurídica de la aplicación de la **responsabilidad penal**. Este punto desborda de nuestro tema preciso, pero sin embargo hemos creído pertinente indicar sus lazos directos con el problema que constituye el objeto de nuestro estudio."*

Determinismo autopunitivo no se refiere a la **responsabilidad** sino a la **culpa**, ya que ésta siempre busca castigo, al decir de Dostoievsky, pero claro no es lenguaje que

emplea el derecho penal, pero no por eso debemos los psicoanalistas confundirnos y creer que ambas son iguales.

Otros trabajos de Jacques Lacan

"De la psicosis paranoica/ 3 concepciones de la psicosis paranoica como desarrollo..."

*"En cuanto a la determinación de la autonomía, la significación pronóstica y patogénica, el grado de **responsabilidad** social de cualquier otra forma de psicosis paranoica, nos guardaremos igualmente de utilizar criterios tomados de puras formas sintomáticas -como el delirio de interpretación, por ejemplo-, o tomados exclusivamente de los contenidos -como la erotomanía o el delirio de celos."*

Cuando una paciente como ésta tiene un ataque de erotomanía o bien un delirio celotípico, desde luego, desde el psicoanálisis, no podemos hablar de ningún grado de **responsabilidad** social, y dejaremos este tópico para el derecho y sus leyes. El problema se aparece cuando un psicoanalista debe realizar una exposición como testigo de un paciente con esas características, allí cabe decir lo que nosotros entendemos por **culpa** y **responsabilidad** y dejar que los jueces decidan según su entender que no necesariamente deben coincidir con el nuestro.

David Liberman. Síntesis y discusión sobre culpa y responsabilidad.

"Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico."

Pag.251: *"Un análisis de la génesis de los símbolos, de su relación con las funciones del ego y con la comunicación."*

*"Yo equiparo el concepto de símbolo en psicoanálisis al del código guesáltico de la "teoría de la comunicación". Según lo hemos visto, considero que el "símbolo" en sentido psicoanalítico es la consecuencia de un desarrollo previo y a su vez es promotor de nuevos desarrollos. Empleando el lenguaje teórico kleiniano decimos que el proceso de formación de símbolos está ligado a los sentimientos de **culpabilidad** que aparecen en las etapas tempranas del desarrollo."*

Pag.250: "Yo sostengo que podemos considerar al símbolo como un paquete de información que en los comienzos de la vida es un nódulo rudimentario a partir del cual se va a desarrollar el aparato mental."

Estoy de acuerdo con Liberman y con la idea kleiniana de un origen primario en la formación de símbolos, en lo que no estoy de acuerdo es que el proceso de formación de símbolos esté ligado a los sentimientos de **culpa**.

Un Yo sumido en la **culpa** no puede lograr algo de tal nivel como es la formación de símbolos, sería necesario un paso previo que remita en algún sentido a la capacidad de ser **responsable**; la **responsabilidad** induce la formación de símbolos, promotores como bien dice de nuevos desarrollos.

Pag. 412: "En relación con el acierto o error en la interpretación, Garma se refiere a los efectos de la misma. Dice que no basta que una interpretación sea acertada, sino que debe ofrecer una salida óptima, partiendo del reconocimiento de los logros actuales del paciente... Considera erróneas las interpretaciones en las que se explicitan sólo la agresión y los deseos de muerte."

Explica, como lo postulo en esta tesis que las interpretaciones son erróneas cuando explicitan sólo la agresión y los deseos de muerte ya que lo que hacen es incrementar la **culpa**.

*Pag.412: "Si bien es cierto que resulta iatrogénica una intervención del analista en donde textualmente se le dice al paciente que "se siente culpable por..." sí es factible formular interpretaciones que permitan el pasaje de comportamientos inconscientes motivados por la **culpa** hacia formulaciones en donde el analizando muestra poseer el ingrediente de **responsabilidad** que a él le corresponde en dicho evento de **culpa**."*

Estoy en absoluto acuerdo con las ideas de D.Liberman en cuanto la forma de interpretar en situaciones donde el paciente se siente **culpable** y merecedor de castigo, pero donde no estoy de acuerdo es en colocar a la **responsabilidad** como un ingrediente de la **culpa**; mi idea es que son opuestas y que tenerlas en cuenta permitirá que el paciente no se sienta acusado.

*Pag.412/13: "De allí que, según sea el estilo con el cual se emita una interpretación que informe al paciente de su sentimiento de **culpabilidad** inconsciente y también de su necesidad de castigo, el analizando podrá o no captarla y aprovecharla para tener una consciencia más clara de que él es **responsable**, sin saberlo, de agravios, frustraciones o agresiones a los demás, y que luego sufre los efectos de lo que él ha realizado con ellos."*

Al analista le va a resultar imposible interpretar en el estilo adecuado sino logra en sí mismo la diferenciación entre ambos términos.

*Pag.413: "Los enunciados taxativos en donde no se connota de qué manera no deben ser interpretados la **culpa** y la **agresión** caen fácilmente en el dogma y por ende no pueden ser confrontados. Aunque estos enunciados de Garma derivan de las experiencias de la interacción analizando-analista, estos se pierden al pasar al plano de las hipótesis sobre la teoría de técnica. De haberse conservado este espíritu al pasar de las inferencias clínicas a los enunciados explícitos de la teoría de la técnica referentes a las connotaciones distintas en que pueden ser detectadas la **agresión** y la **culpa** y por ende formuladas en una interpretación, no hubiesen ocurrido discusiones que no tienen sentido en psicoanálisis acerca de si "hay o no que interpretar la **culpa** y la **agresión**".*

Pienso que en la larga discusión en relación a este último párrafo, que se mantuvo durante muchos años, es clara la diferenciación que hace Liberman, sólo que nosotros agregaríamos, como estamos intentando en esta ponencia que las hipótesis sobre la teoría de la técnica se enriquecerían si se lograra diferenciar la **culpa** de la **responsabilidad**; y también diferenciar el **sometimiento** de la **dependencia**.

Pag.703: "Es muy frecuente hoy en día que los analizandos que concurren a la terapia psicoanalítica presenten una disposición a crear en la terapia la falsa creencia de que se está llevando a cabo un diálogo psicoanalítico con manifiesto sentido terapéutico. Esto ocurre con los analizandos con distorsión a predominio semántico (son aquellos que le dan un sentido propio al diálogo fuera del pactado en el contrato) que, desde la vertiente del terapeuta, parecen cumplir fielmente con la regla fundamental cuando, desde ellos mismos, se establece un sistema de intercambio con el analista que tiene una naturaleza distinta. En síntesis, en estos casos nos encontramos con un manifiesto malentendido; el analizando cree que está cumpliendo con la regla fundamental (asociación libre) tal cual

*él la concibe y el terapeuta cree estar interpretando, pero ni uno ni el otro realizan tal cosa....Esto ocurre en pacientes depresivos, esquizoides, psicossomáticos y traumatofílicos. Para correlacionar esta descripción con el término teórico "resistencia", quiero decir que los analizando con distorsión a predominio semántico presentan una disposición a lo que Freud denominó sentimiento inconsciente de **culpabilidad** o reacción terapéutica negativa.*

Los pacientes con distorsión a predominio semántico son aquellos que le dan un sentido propio al diálogo psicoanalítico fuera del pactado en el contrato; de modo que el analista no detecta el malentendido con respecto al cumplimiento del contrato en cuanto a la asociación libre por parte del paciente y la atención flotante de parte del terapeuta; nosotros pensamos que existe otro malentendido que radica en la confusión que tienen ambos, paciente y analista respecto de la **culpa** y la **responsabilidad**, de modo que no sólo el paciente viene con otra idea de que es eso que se llama psicoanálisis (lugar donde se descarga la **culpa**) sino que el analista también cree que su función es ser el receptáculo del sentimiento de **culpabilidad** del paciente. (Pecho inodoro lo llamará D. Meltzer, "Proceso psicoanalítico" 1980)

Pag.704: "Para eso es necesario dejar bien establecido que el Ideal del Yo tiene una función básica en lo que en la teoría de la comunicación humana se ha denominado como proceso de encodificación y decodificación. Ambos términos, unidos en uno sólo, el término codificación, están íntimamente relacionados con la noción de sistemas de valores. En síntesis, los rasgos cualitativos del Ideal del Yo pasan a ser coordinados con la manera de codificar y un indicio observable de esta manera de codificar lo constituye el sistema de valores."

Este punto es fundamental en el desarrollo de esta tesis, si tomamos en cuenta esta manera de observar el material clínico, podremos estudiar en detalle como decodifican los pacientes la **culpa** y la **responsabilidad**.

Pag.704: "En los pacientes con distorsión a predominio semántico, he encontrado que existe un rígido sistema valorativo, basado en una "lógica de las preferencias". Por lo tanto es comprensible que, cuando se establece el diálogo psicoanalítico, no exista un

universo común de significantes que contienen los mismos significados para ambos participantes y que facilita la comunicación."

D. Liberman dice que el analista tiene que tener claro el significado de los términos **culpa y responsabilidad** y sus diferencias, de modo de no tener la misma confusión que tiene el paciente, y por la cual proyecta en el terapeuta todos sus sentimientos dolorosos.

Pag.705: "Para detectar que existe efectivamente una distorsión semántica, hay que tomar en consideración que estos analizandos presentan maneras de encodificar y decodificar, es decir de transformar la información que reciben, realizando opciones muy rígidas. Si se dan las condiciones óptimas y el terapeuta detecta tal situación, podrá operarse una mutación en esta estructura Superyó-Ideal del Yo, pero muy especialmente en el Ideal del Yo, que es el que decodifica (adscribiendo determinados significados y descartando otros) un universo de significantes cuando el paciente está en sesión, de tal manera que prefiere por una parte y descarta por otra, un cierto número de alternativas que se dan en el tratamiento por el mero hecho de estar el analizando en sesión. El Ideal del Yo se encuentra muy involucrado en este sistema de valores que ubico en la red intrapersonal del analizando. Dicho sistema valorativo motiva determinado tipo de atención y percepción selectiva acerca de cómo el paciente considera que interactúa con el analista al dialogar con él."

En general los pacientes y en especial los que padecen patología depresiva, tienen un Ideal del Yo muy rígido, y decodifican las interpretaciones de tal modo que ellas suponen una acusación y un señalamiento de alguna **culpa** que deben expiar.

Pag. 706: "Se trata de pacientes con una ética infantil muy regulada por la autoestima (depresivos), o bien una ética despojada de todo valor humano (esquizoides)."

Por supuesto que observamos en estos pacientes una gran dificultad para diferenciar la **culpa** de la **responsabilidad** por que dado este tipo de ética, por un lado todo está regido por la autoestima y por el otro pone distancia con sus sentimientos; lo que lleva a una dificultad para observarse a sí mismos sin que esa ética (Ideal del Yo) se interponga en la tarea.

Pag.706: "La interrelación entre las tres instancias psíquicas entra en quebranto, es decir en ataxia, cuando estos pacientes tienen que incluirse en la acción y autorregularse mediante una observación, que en estos analizados con distorsión a predominio semántico está sumamente intensificada."

Esta intensificación es el resultado de un incremento de la **culpa**, de modo que no se puede distinguir un señalamiento de una acusación.

Pag.706: "El tipo de resistencia a predominio Superyó-Ideal del Yo (en lo que privilegio este último aspecto, a diferencia de lo habitual) hace que la persona con estilo lírico carezca de autonomía necesaria para desempeñarse con determinada independencia, puesto que está interferida por la necesidad de regular la autoestima y para ello necesita que sus receptores distales realimenten la sensación de placer frente a la que son muy sensibles."

En este punto estamos en un absoluto acuerdo, pero hay un término que requiere una revisión; y es el que se refiere al concepto **dependencia** e independencia, donde pensamos que vuelve un viejo pensamiento, es el de que supone posible no tener dependencia de los otros. Creemos que esto no es posible porque vivimos en mutua interdependencia, en todo caso la autonomía está dificultada o bien bloqueada por el **sometimiento** o la **sumisión**.

Pag.706: "En cambio, el Ideal del Yo de los pacientes con estilo reflexivo, que buscan incógnitas y no buscan suspenso (esquizoides), hace que ellos tengan incrementada la necesidad de independencia, se muestren sumamente alejados, empleando palabras abstractas o palabras o frases vacías, y tiendan a hacer opciones por ocupaciones en donde poseen una autonomía total."

Al contrario de lo que dice Liberman, estos pacientes no tienen casi autonomía, están sumidos en un Superyó-Ideal del Yo enormemente cruel, y ese **sometimiento** los lleva a aislarse y crearse un mundo que creen está fuera del alcance del resto de la humanidad. La **culpa** es de tal magnitud que los obliga a esconderse en un supuesto mundo perfecto donde no les llegue el castigo, cuando se fragmentan.

Pag.738: " Hay un tipo determinado de resistencias motivado por el sentimiento de culpabilidad inconsciente predominando sobre los demás tipos de resistencias, podremos presuponer que el léxico va a estar alterado y el sentido de las palabras incluidas en determinados contextos lingüísticos seguirá la misma distorsión". "El término teórico (resistencia) (expuesto en forma aislada carece de significación) debe estar acompañado por algún elemento de la base empírica y por lo tanto incluido en un enunciado posible de "observabilidad".

Creemos importante aclarar cómo entendemos el término resistencia tan frecuente en el léxico analítico: pensamos que además de ser un baluarte del paciente frente al descubrimiento del inconsciente es también una fuerza última que utiliza para sobrevivir frente al acoso de tres frentes: el mundo externo, el superyó-ideal del yo, y la pulsión instintiva. Desde esta perspectiva el sentimiento de **culpabilidad** es también una manera que tiene el Yo de saldar sus deudas con el mundo externo e interno y la observación tiene que tener en cuenta esta forma de entender la resistencia.

Pag: 750 : "La vergüenza y los sentimientos de desvalorización dan lugar a modificaciones en la percepción del propio cuerpo, a la sensación de ser invisible... el sentimiento de culpabilidad; puede ir acompañado por una sensación de que el diván se inclina, de temor de caer al suelo, cosa que sucede cuando predomina la necesidad de castigo."

El sentimiento de **culpabilidad** como el de desvalorización son señalados frecuentemente en pacientes depresivos, pero puede darse en todo tipo de patologías y en especial en los pacientes esquizoides, que padecen una relación muy particular con su superyó y con su ideal del yo. Envidian y desconfían del analista y por eso escinden sus sentimientos para no sentir el dolor mental y los proyectan en algún personaje de su entorno, a su vez tienen un **sometimiento** muy fuerte a sus imagos parentales de ahí la permanente desconfianza a todo aquel que se le acerque.

Pag.820: "El examen del material clínico permite ver que existen cuatro situaciones centrales que sustentan dicho equilibrio narcisista, hasta el momento en que se produjo el colapso depresivo. Ellas son: poder, bienes materiales, afecto de las demás personas, lucha por el logro de metas elevadas. La pérdida de una o varias de estas situaciones

*provocada por factores ajenos a la propia persona, o bien por un cúmulo de frustración interior que trae aparejada toda relación de **dependencia externa**, precipita al paciente hacia el colapso depresivo.”*

Precisamente como proponemos en este trabajo, estos pacientes no saben o no pueden **depender**, solamente entienden la relación con los otros como un relación de **sumisión** o **sometimiento**. Como vimos antes toda **sumisión** está directamente relacionada con la **culpa**, una realimenta a la otra creando un círculo vicioso.

Los sentimientos de **culpa** emergen según D. Liberman del odio hacia una fantasía de “pecho que priva” y genera a su vez fantasías de ataques sádicos oral-canibalísticos hacia ese pecho odiado. En estos casos, las interpretaciones son sentidas como acusaciones por múltiples **culpas** y el paciente no puede hacerse **responsable** ni de sus actos ni de sus pensamientos, justamente por esa confusión en la fantasía sobre los objetos. Hay que tener en cuenta que el “pecho” a que se refiere D. Liberman es sólo un modelo de interacción.

*Pag.823: “Todo este conjunto de fantasías inconscientes que se reactivan por la frustración transferencial, explica por qué la persona depresiva delimita tan poco las diferencias de lenguaje y los intereses existentes entre él y los demás. El daño en la autoestima lleva aparejada consigo la fantasía correspondiente con el pecho malo, que es proyectado sobre los demás para desarrollar alguna acción que satisfaga alguna necesidad. Por esta razón, los depresivos se ven constantemente **sometidos** a un proceso de rumiar que interfiere y sustituye a la acción, cosa que los coloca en desventaja con los demás. Además dicha “rumiación” interfiere en la percepción de necesidades básicas internas, con lo cual el depresivo, sin saberlo descuida situaciones vitales para él, y constituyen nuevas pérdidas de objeto y un nuevo estímulo para la depresión.”*

De ahí la importancia de que las interpretaciones transferenciales sean correctas ya que el modo de interactuar del depresivo, es decir de aquel que permanentemente lleva sobre sí todas las **culpas**, queda **sometido** a un superyó que lo obliga a no pensar sino solo a rumiar su pesar y su **culpa**.

LOS CASOS CLÍNICOS

Se presentaran cuatro casos clínicos donde se tratará de ejemplificar los aspectos teóricos de esta tesis, desde los casos que explícitamente sufren un estado de depresión hasta los pacientes con tal nivel de angustia que los lleva a un sufrimiento depresivo teñido de **culpa** y **sometimiento**, llegando por último al caso de un estado dramático de masoquismo.

Para que ambos, paciente y analista, toleren la aparición de sentimientos de miedo, odio, o amor, es necesario un estudio que transforme una actividad *acerca* del psicoanálisis en otra que *es* psicoanálisis (Bion, 1970.) Las resistencias aparecen cuando las interpretaciones pasan del saber acerca de la realidad psíquica hacia un devenir de ella, que logre una verdadera transformación del mundo interno.

La sesión psicoanalítica es la unidad central de investigación por parte del psicoanalista. Cuando a esta investigación primaria se agregan los descubrimientos de la supervisión se abren nuevas líneas de pensamiento, Searles (1955) homologa el instrumento supervisor con el instrumento analítico.

Si el trabajo se realiza como *resupervisión* (Grinberg, 1975), o sea supervisión entre colegas psicoanalistas muy bien formados, se logra una "visión binocular" al decir de Bion, sobre el material. Por otra parte como consideramos muy importante las reacciones contratransferenciales, en una supervisión se estudian en detalle y permiten hacer inferencias acerca del estado del paciente y sobre todo si el psicoanalista logra entender porque el paciente reaccionó como lo hizo.

El proceso psicoanalítico tiene dos momentos fundamentales, la sesión en sí misma, inefable e intransferible, y otro momento que es el estudio post-sesión; sobre éste último trabajamos, utilizando la teoría de la comunicación en la terapia psicoanalítica de D. Liberman (1971).

MATERIAL CLÍNICO 1

Desde 1996 hasta la actualidad estudiamos una paciente con un proceso psicoanalítico de cuatro sesiones semanales, de 50 minutos cada una, uso del diván, asociación libre y atención flotante.

Tomamos una sesión semanal desgrabada porque pensamos que se produce menor distorsión y el material puede ser escuchado y estudiado varias veces.

La paciente, una mujer de 52 años, docente, consulta a su médico clínico por padecer colon irritable, quien le recomienda realizar una psicoterapia. Los síntomas gastrointestinales estaban constituidos por cólicos y diarreas, acompañados de fantasías de cáncer.

Además relata tener pánico frente a diversas circunstancias, ruidos de las cañerías de calefacción, fantasías de ataques no definidos, etc.

Es una mujer divorciada con dos hijos, un joven de 30 años y una muchacha de 28 años.

El padre de la paciente, de personalidad depresiva, hizo varios intentos de separarse de su mujer pero volvió siempre al hogar aunque con grandes conflictos. La madre, rusa judía, padecía terrores nocturnos por persecuciones sufridas en su niñez (pogroms), era una mujer ansiosa, hipocondríaca y dominante.

La paciente tiene una hermana 5 años menor a la que ve como seductora e hiperactiva, es su ideal de belleza. Durante su proceso terapéutico eran frecuentes en esta paciente acting out tales como retiradas bruscas del consultorio.

Sesión 30-10-96, primeros 10 minutos.

P: Yo no pensé que me fuera a venir esto del otro día, y me dije... (corta el discurso), el otro día no podía hablar de esto que Ud. había planteado, de cómo se maneja esto del lenguaje me parece que es importante saber que es lo que Ud. piensa.

(La sesión anterior la paciente llamó mentiroso al analista)

A: Ud. Hace un código absolutamente personal que demanda que el otro tiene que entender y funcionar de acuerdo con él, y lo que yo pienso es que de todas maneras esta demanda o expectativa suya es un tremendo problema, la relación con el otro, que en este caso suyo soy yo; tendría que ir armado de acuerdo a ese diccionario donde están los valores que Ud. asigna a algunas palabras... (sigue un largo discurso sobre el tema.)

P: Pero Ud. esta diciendo que no sólo tengo mi propio diccionario para la palabra mentira sino que hay muchas otras, habrá que descubrir que cantidad de términos Ud. no comparte. Yo con mis alumnos me voy adaptando a su lenguaje.

A: Cómo haría con un alumno que Ud. dice una palabra y él dice: para mi esa palabra significa otra cosa.

P: Ya me pasó que me decían a mi esa palabra no me gusta entonces yo le aclaraba, éste es el código de este idioma.

A: Entonces Ud. hizo lo mismo que yo le hice a Ud.

P: Sí, pero no de la misma manera.

A: Yo uso la versión de la Real Academia Española.

P: Cuando Ud. salto así me hizo acordar exactamente cuando mi madre decía que la palabra loca la ponía terriblemente mal. Yo cuando estaba enojada le decía "sos una loca" y eso la sacaba de las casillas. Perdía el control totalmente y yo sentía que tenía la palabra que la iba a desequilibrar. Yo el otro día sentí que Ud. al oír la palabra "mentiroso" se enganchó con la misma cosa apasionada de mi madre.

A: Ud. tenía entonces con su madre la capacidad de enloquecerla, como trató de hacer conmigo.

(El analista recuerda durante la supervisión que realmente se enojó en esa sesión por el tono en que fue pronunciada la palabra mentiroso.)

Supervisión.

Estudiando el comienzo de la sesión con los recuerdos de la paciente acerca de las palabras del analista, daría la impresión que lo que buscaba conseguir era una amplia discusión y así repetir los acting out de sesiones anteriores.

El analista se contraidentifica y hace una larga interpretación, en última instancia esta identificado con la **culpa** de la paciente. La palabra mentira adquiere un significado distinto entre paciente y analista, para este último esta palabra es sentida como una descalificación grave para el futuro de la relación.

La paciente entiende la interpretación, y asocia "Ud. se enganchó con la misma cosa apasionada de mi madre", pero también se siente satisfecha por haber hecho "saltar" al analista, quien en la supervisión reconoció su enojo y su sentimiento de descalificación.

Pronóstico presuntivo

La paciente se presenta con un estilo lírico (depresivo) que según D. Liberman es aquel cuya sintaxis puede ser adecuada pero su área semántica esta distorsionada, trata de inocular sus sentimientos en el interlocutor y agrega un manejo psicopático, estilo épico, donde el lenguaje tiene una sintaxis y una semántica correcta pero el área pragmática esta distorsionada, busca hacer actuar al interlocutor.

Al comienzo el analista asume el rol adjudicado, **culpable**, pero sobre la última parte logra hacer la diferencia entre yo-no yo, "Ud. tenía con su madre la capacidad de enloquecerla, como trata de hacerlo hoy conmigo".

El analista cae en una paradoja semántica, con la palabra "mentiroso" como detonante; este es un tipo de comunicación paradójal donde desde un estilo lírico se hace sentir al analista que es él quien con sus interpretaciones provoca el desequilibrio de la paciente; es un doble mensaje donde lo tergiversado es el sentido. Y así logra la paciente la **sumisión** del otro (analista-madre) producto de la proyección de su intensa **culpa**.

Final de la sesión del 30-10-1996, últimos 10 minutos.

P: Hay algo que esta taponado, no puedo hacer un duelo. (Se ríe.) Existe la palabra duelo, se murió la madre de "uno", ayer hizo un año, tengo algo así como... (corta la frase) que está taponado... (corta nuevamente la frase) yo no podía conectarme; mi hija me preguntó ¿cómo, no vas al cementerio? Le dije no, no, no voy a ir quizás mi prima me acompañe.

A: Si no puede ser flexible con Ud. misma, no va... (la paciente corta la interpretación.)

Supervisión

Cuando la paciente habla de los duelos y de la muerte de la madre y dice "algo está taponado", muerde la frase cabalísticamente (K. Abraham, 1924) es su núcleo melancólico y luego dice "se murió la madre de uno, ayer hizo un año", es una defensa esquizoide,

generalizadora, inútil, porque inmediatamente aparece su parálisis para ir al cementerio sin un acompañante fóbico.

Atrapada por sus muertos reclama que alguien la saque de su encierro "algo esta taponado", pero al mismo tiempo no le permite al analista interpretar.

Pronóstico presuntivo

Cuando el analista le pide a la paciente flexibilidad ésta lo toma como una exigencia del superyó imposible de cumplir.

Es interesante ver como este tipo de pacientes entran en pánico (depresión con defensas fóbico-esquizoides) sino se los contiene con interpretaciones cuyo contraestilo sea adecuado a la transferencia. De lo contrario hacen una huida al acting out.

El contraestilo lírico es aquel que guarda una distancia entre el texto verbal del paciente y el del analista, con una aclaración explícita o no de la función de ambos, porque sino el paciente confunde al terapeuta con su superyó.

Cuando el superyó la muerde hace fenómenos somáticos (colon irritable) y cuando el mundo exterior la acosa realiza un acting out.

Sesión del 17-3-1997. Lunes (días después de las vacaciones.)

P: Estaba tratando de recordar el tema del viernes, Ud. decía... ah! (ríe) ¡oh casualidad tan olvidada! Nada que ver conmigo, con ser mujer, con ser tal o cual cosa.

Largo silencio.

P: Al final estaba pensando que eso del examen ginecológico de las tricomonas iba a estar mejor, como no picaban... las monilias creo que se llaman, creo que me hacían efecto los óvulos con antibióticos. (Sigue un largo discurso acerca de cómo toleró la infección en sus vacaciones.)

Supervisión

Cuando la paciente dice "Ud. decía..." después de un fin de semana, es que estuvo rumiando con el objeto interno analista y realizando una pseudoelaboración donde alguno de la pareja analítica queda destruido en su interior.

Pronóstico presuntivo

El estilo dubitativo y redundante de la paciente (estilo dramático con suspenso) nos hace pensar en que desconfía de todos, del analista y aun de ella misma, pero el contraestilo lírico del terapeuta como investigador no apresurado, sosteniendo el silencio, le permite a la paciente la capacidad de espera suficiente para que hagan efecto las interpretaciones antibióticas, frente a los objetos internos- tricomonas vaciadoras.

Sesión 17-3-1997. Minutos finales.

Sobre el final de la sesión la paciente recuerda un viaje a Europa y aclara que no lo compartió con el analista; éste interpreta.

A: No solo que no lo comparte sino que piensa que yo soy el enemigo de sus viajes.

P: Hace unos días me agarró la idea de volver a Europa

Supervisión

Creemos que pone una barrera fóbico-esquizoide por haber viajado sin permiso del analista, probablemente para apaciguarlo.

Ella no puede hacerse **responsable** de su decisión de viajar, le ha surgido un deseo escindido, y si permite su aparición teme volverse loca.

En el transcurso de la sesión dijo también que en el Louvre sintió un momento de despersonalización por la cantidad de cosas que había para ver.

Sesión 28-4-1997

P: Empecé a ver como algunas cosas se encadenan, que la gente que es temerosa como yo, es como si la vida fuera una serie de cosas que temer. El avión que fue el gran miedo para desplazarme en la vida y me perdí tantas cosas.

A: Permitirse todo significa el permiso para gozar.

P: Que interesante yo a mis hijos les debo crear unos líos tremendos.

A: Espere, dejemos a sus hijos. Ud. ha tenido líos tremendos porque tenía prohibida la alegría y el goce sexual.

P: Superar a mi madre no costaba mucho.

Supervisión

La paciente acepta la interpretación edípica. El analista acierta pero al mismo tiempo se asusta, contraidentificado, y no permite que aparezcan los hijos, aspectos de la sexualidad infantil reprimida.

P: Si yo en una escala de valores llegué a cuatro, mi madre no llegó a nada, lo que pasa es algo más complejo, ella tuvo una cosa que a mi me daba asco decirlo, me causa nauseas, ¡tengo tanto desprecio!

Supervisión

El hablar de la competencia y la rivalidad con su madre lleva como consecuencia el sentimiento de que la madre interna la va a atacar retaliativamente, por lo que ella responde fobicamente y lo manifiesta con un signo patognomónico, asco y nauseas.

Pronostico presuntivo

Nos preguntamos si el alejarse de la madre tierra (volar) desencadena en la paciente fantasías matricidas que se vuelven contra ella.

P: El mes pasado mis amigos estuvieron en la quinta de fin de semana y me dijeron “te ves tan cambiada, ahora disfrutas todo” pero yo no les creo.

A: Parecería que en su pensamiento puede haber participado una crisis de celos.

P: Puede ser... porque ayer mi hijo reconoció “con el análisis estas mucho mejor” ¿será así, estaré mejor?

Supervisión

Este es el estilo rumiador o circular depresivo, con defensas fóbicas, avanza y retrocede en un dilema que no puede resolver nunca, “¿será así?”. ¿Estaré mejor?”.

Sesión 30-9-1997. Llega tarde inusualmente

P: Primero me di cuenta que estaba muy atrasada estaba demorando llegar, pensaba si una se hace la idiota, y una empieza a hablarle al analista, no se...

A: Intenta engañar.

P: Claro, sí, pero una cosa de... una cosa rara de...

Supervisión

Por un lado se ve lo fóbico en su retraso deliberado, y sus dos aspectos, la defensa esquizoide cuando en lugar de "yo" usa "una" y lo depresivo (estilo lírico) por el discurso cortado, *mordido por su fijación oral canibalística.*

El analista interpreta esta forma de hablar y la paciente dice:

P: Bueno antes no podía totalmente terminar mis ideas ahora puedo engancharlas mucho más.

A: En Ud. hay una similitud entre la digestión e indigestión intestinal y la indigestión mental.

P: A propósito ahora estoy mejor del intestino, aunque el sábado tuve retortijones y nauseas, eso me tenía preocupada.

Pronóstico presuntivo

Pensamos que en una paciente con un fuerte componente depresivo, la fobia (histeria de angustia) conduce a somatizaciones que son en realidad conversiones simpático-parasimpáticas, constituyéndose así el cuadro llamado colon irritable, que afecta la musculatura lisa, se producen también arritmias, disnea, hipertensión. A diferencia de la histeria de conversión, que se asentaría sobre la musculatura estriada.

Conclusiones del material clínico

Del estudio del discurso de esta paciente llegamos a la conclusión que podemos hacer pronósticos presuntivos, permitiéndonos seguir la línea que el proceso psicoanalítico *esta desarrollando y así poder realizar correcciones que puedan luego ser verificadas en el transcurso de aquél, en función de las asociaciones del paciente.*

Desde ya esta paciente no podía responder por sus actos, hacerse **responsable** por sus fantasías inconscientes, de allí su necesidad de proyectar la **culpa** de modo que el analista se contraidentifique, así cualquier interpretación cuyo contraestilo no fuera el adecuado era sentida como humillante o descalificadora.

Para salir de este conjunto de paradojas semánticas del depresivo es necesario en lugar de la interpretación clásica, metacomunicar (contraestilo lírico), en otras palabras

explicar a la paciente porqué con su mensaje trata de movilizar y manipular al analista antes que intentar aclarar sus conflictos.

Esta es la tarea especial del trabajo de supervisión, demostrar como el analista inmerso en la situación emocional de la sesión no puede tomar distancia y observar los fenómenos que están ocurriendo entre los miembros de la pareja analítica.

Asimismo podemos lograr reformulaciones sobre algunos temas de la psicopatología, como por ejemplo la hipótesis sobre la conversión en la historia de angustia, como reacciones fisiológicas simpático-parasimpáticas sin modificaciones orgánicas.

Resumen

Después de seis años de supervisión e investigación analítica de un material clínico abordamos la forma de verificar el estado del proceso por el método de contrastación..

Nos restringimos a los dos primeros años y a unas pocas sesiones a modo de ejemplo.

Estudiamos especialmente los diferentes estilos del habla tanto del paciente como del analista. Tratamos de realizar un pronóstico presuntivo del material en cada sesión y en cada etapa del proceso y señalamos cual sería el contraestilo adecuado a cada situación.

Describimos la supervisión de una paciente, derivada por colon irritable, que se presenta tanto por el contenido de su discurso como por su forma de expresarse, como una persona depresiva con defensas fóbico-esquizoides, que realiza por momentos acting out para manipular al analista cuando peligra su seudoestabilidad, proyectando su **culpa** desde ya persecutoria, en un intento de movilizarlo.

Siguiendo a D. Liberman (1971), describimos el estilo lírico (depresivo) así como sus defensas en el estilo dramático con suspenso (fóbico) y los acting out equivalentes al estilo épico (manejo psicopático.) Verificándose, este último, en lo que nosotros llamamos paradoja semántica que es una manera de confundir y obligar al analista a contraidentificarse con la **culpa** del paciente.

Por último señalamos que la sintomatología intestinal, colon irritable, es en realidad una conversión simpático-parasimpática sin lesión de órgano.

CASO CLÍNICO 2

Presentaré un caso clínico de una supervisión realizada por mi, cuyo proceso dividiremos en tres períodos, el primero comienza en 1971 cuando la paciente, una joven de 23 años acude a la consulta impulsada por su novio, estudiante de medicina, más que por su conciencia de enfermedad o de conflicto psíquico. Refiere en las primeras entrevistas terrores nocturnos, fobias y problemas sexuales. A los seis meses del tratamiento, la analista embarazada, interrumpe por el parto. A partir de entonces no se tiene noticias de la paciente hasta siete años más tarde en que llama por teléfono, pregunta si la recuerda y acuerda una entrevista.

Se presenta cambiada, conversadora, casada con un comerciante, hace teatro infantil y relata haberse analizado durante dos años con un *"hombre que no podía conmigo, me daba vuelta en el diván, lo miraba y me reía, no lo dejaba trabajar"*.

Reconoció haber dejado el primer tratamiento a causa del parto de la analista. Retoma por motivos similares al primer período, angustia, rechazo de las relaciones sexuales, miedos y pesadillas y fundamentalmente la atormentaba la idea de tener un "bebé de Rosmarie" monstruoso.

Durante los primeros años de este período faltaba frecuentemente y era muy impuntual, rechazaba las interpretaciones, se enojaba, reprochaba a la analista su frialdad y se quejaba de no obtener respuestas a su reclamos.

Se sentía envidiada por los demás y por eso no querida y dejada de lado, en oportunidades se vio cuanto hacía ella para que esto sucediera ya que desvalorizaba y descalificaba a sus amistades como lo hacía con sus analistas.

En general faltaba sin avisar, cosa que irritaba a la terapeuta, que se sentía desconsiderada, a pesar de que sentía deseos de ayudarla, parecía estrellarse contra una pared.

Lo que en principio parecía una paciente con defensas histérico-fóbicas resultó una rígida estructura narcisista de base maniaco-depresiva.

El comienzo del último año de ese período coincidió con el inicio de un embarazo muy deseado por ella, después de casi tres años de tratamiento médico y analítico. A los tres meses de gestación se diagnosticó un embarazo atípico, anembrionado, que intensificó y casi dio crédito a sus fantasías de tener un hijo del demonio.

La decepción fue muy grande y el dolor fue rápidamente borrado abocándose maníacamente a refaccionar y decorar su nuevo departamento.

P.: Imposible venir ayer, me pase buscando pastina azul para unir los azulejos, no pude encontrarla, dicen que es importada, aparte tenía muchos dolores, el médico me dijo que no es nada, pero tengo pérdidas, el que él me haya tocado me inflamó todo.

Ella no encuentra pastina azul (la forma de establecer un buen vínculo, una real **dependencia**), y al faltar a la sesión analítica, deja sola a la analista, **sometida** a su vacío y su duelo patológico; mientras su cuerpo expresa el dolor, es el analista-médico clínico **responsable** del mismo.

Después de esta sesión vuelve a faltar, la analista tiene que hacerse cargo de sus ansiedades depresivas, mientras ella se dedica a fumigar obsesionada por la presencia de cucarachas.

P.: Mire que raye, tendría que ponerme tapones en las orejas para dormir, para que no entren por allí.

A.: Teme que por las orejas no entren interpretaciones buenas, sino interpretaciones cucarachas que yo le devuelva.

El mes de noviembre es dificultoso, porque las vacaciones están próximas, entonces ella viaja, llega tarde y en la primera sesión de Diciembre dice:

*P.: Le voy a decir lo que me pasa, no tenía ganas de venir, me sentía muy mal, quería quedarme en casa cómoda, pero no me quedé y vine, yo ya soy grande y muy rayada. El análisis me cambió para mal, antes yo me sentía una gran actriz, ahora no soy nada, le digo la verdad me sentía tan **culpable** por no venir que pensaba interrumpir el tratamiento por la **culpa** que me da.*

*A.: Se sintió **culpable** conmigo por no venir y dejarme abandonada, **culpabilizándome** de sus problemas, por eso no puede aceptar mi ayuda, teme que yo haga*

con Ud. lo mismo que Ud. hace conmigo, sobre todo ahora que se acercan las vacaciones y vamos a interrumpir.

Se trataba de una interrupción mucho más larga que la acostumbradas; por supuesto la paciente no lo iba a tolerar fácilmente, e interrumpió ella antes, a mediado de Diciembre, anunciándolo de esta manera:

P.: Ud. ya me dejó antes por sus hijos, y se lo recuerdo; ¿por qué tengo que venir? ¿por qué tengo que estar pendiente de Ud.?

La paciente confunde **dependencia** con **sometimiento** y para ella aceptar las condiciones de un tratamiento que implique suspensiones sin su control es caer en la **sumisión**.

Diez años más tarde vuelve a pedir tratamiento, después de varias tentativas de terapias

alternativas fracasadas de manera estrepitosa. En este momento se halla inmersa en una crisis de angustia, llanto y celos ante una posible ruptura matrimonial.

Por esta época ya tiene dos hijos en edad escolar, no trabaja y se dedica obsesivamente a atender su casa y sus hijos.

Después de trabajar con un encuadre bien establecido y cumplido, parece querer salir de su cosmovisión cuasi delirante, su "*nube de pedo*", como ella dice, sobre todo a raíz de dos o tres episodios en que ilusamente creyó poder trabajar en algo y se enfrentó con situaciones que daban por tierra con sus fantasías mágicas omnipotentes.

Por otro lado, su hija mayor tiene diversos problemas escolares que exigen un tratamiento psicológico; le pide a su analista una derivación, que esta realiza.

Al poco tiempo llega a una sesión llorando desconsoladamente y dice:

P.: ¡Doctora, el analista que mandó a mi hija le está dando vuelta la cabeza a mi nena(llora). Dígame Doctora, esa persona que Ud. me mandó es buena, está bien formada. ¡Contésteme!

Desarrollo técnico

Si tomamos en cuenta la semántica de los pacientes con grave trastorno de la autoestima, observamos que las interrupciones del tratamiento psicoanalítico prolongadas o no, reactivan en estos pacientes duelos muy primitivos.

Entonces estos pacientes se ubican en la posición que corresponde a aquellos que no pueden **responder** por sí mismos ni por sus objetos internos en soledad. Entonces se colocan en el sentimiento *contradictorio* o sea en la **culpa**, que al ser muy dolorosa e intolerable derivan en la necesidad de proyectarla, en este caso en su psicoanalista.

Esa proyección es tan masiva que tratan de colocar a la terapeuta en una posición de **sumisión** o **sometimiento**, que es contradictoria con la **dependencia** que permite preservar el encuadre y la técnica psicoanalítica. En realidad esta dificultad del terapeuta no es más que la confusión que la misma paciente tiene con respecto al tratamiento, ya que para ella es un **sometimiento** al proceso psicoanalítico y no una **interdependencia** que permite que ambas lleguen a conocer un poco los mecanismos inconscientes de la paciente.

Esta *contradicción* produce en la analista sentimientos que ponen en tela de juicio su aptitud profesional.

Por otra parte la *contrariedad* que se le aparece a la profesional entre **responder** sin **someterse** a los mandatos de la paciente predisponen a bloquear su capacidad de interpretar, además, la *contrariedad* que se le produce a la paciente para aceptar la **culpa**, le hacen pensar que se está **sometiendo** a la benevolencia de aquella para no ser castigada.

Para poder interpretar la *implicación* que describimos entre la **responsabilidad** y la **dependencia** es necesario que el terapeuta preste especial atención a su contratransferencia ya que esta le emite señales que le indican que la paciente ha caído en la confusión antes señalada que la llevan a las *contradicciones*.

Cuando la paciente dice: "*Me sentí tan culpable por no venir, que pensaba interrumpir por la culpa que me da*", que es finalmente lo que ocurre, la analista se halla entrampada en una paradoja: si interpreta la proyección de la **culpa** es posible que la paciente se sienta abandonada; si en cambio interpreta el sentimiento de **culpabilidad** y la imposibilidad de reparar, se sentirá acusada.

Estas contradicciones llevan implícitas un componente cuasi psicótico, lo que inducirán al terapeuta a realizar una fuga, rechazando a la paciente por no aceptar el tratamiento tal como nosotros pensamos que debe ser, pero que la paciente por el hecho de ser una persona en tratamiento no tiene la obligación de entender que es “eso” de estar en un tratamiento psicoanalítico.

La forma de salir de esta paradoja es “metacomunicar” para lograr que se realice el pasaje de la contradicción entre **culpa** y **responsabilidad**, adquiriendo ésta última. En otras palabras explicar y describir porqué la paciente necesita un **culpable** que reciba el castigo, que según su Superyó se merece, y de esta manera evitar el dolor psíquico que implica el hacerse **responsable**.

D. Liberman (1972 pág.142) aclara que : “Si bien es cierto que resulta iatrogénico una intervención del analista en donde textualmente se le dice al paciente que “se siente **culpable** por...”, si lo hacemos en términos operacionales con enunciados explícitos acerca de pares complejos de estímulos y respuestas en los que se incluyen algún elemento de la situación analítica, si es factible formular interpretaciones que permitan el pasaje de comportamientos inconscientes motivados por la **culpa** hacia formulaciones donde el analizado muestre poseer el ingrediente de **responsabilidad**, que puede ser connotada en el contexto del diálogo analítico.”

Estoy en un todo de acuerdo con Liberman, lo único que desde mi punto de vista la **responsabilidad** no es un ingrediente de la **culpa**, sino por el contrario es un sentimiento que está en contradicción con ésta.

Cuando en el caso descrito la paciente dice: “Dígame doctora esa persona a la que Ud. me envió es buena, está bien formada? (Silencio) Contésteme!! Nuevamente la analista queda expuesta a un situación paradójal, por lo tanto contradictoria; si responde calificando de idóneo al otro profesional, se expone a ser ella misma descalificada. Si interpreta las dudas de la paciente como referidos a su propio tratamiento, la paciente puede sentirse acusada y por lo tanto abandonada.

Aquí también la única salida es metacomunicar, porque la paciente se expone y expone a la analista a una disyuntiva sin salida, que les impide a ambas **depender** del encuadre psicoanalítico. Esto ocurre porque se produce un fenómeno de contrariedad entre

la respuesta (**responsabilidad**) y la **sumisión**, ya que la paciente no entiende que al responder la analista no este atrapada en la obligación y el **sometimiento** de defender su prestigio y el de su colega.

En otro momento la paciente dice: “Ud. ya me dejó antes por sus hijos y se lo recuerdo. ¿Porqué ahora yo tengo que estar **pendiente** de Ud.?” Aquí la paciente confunde la contradicción entre **sumisión** y **dependencia**, lo que la lleva a elegir entre las supuestas opciones, aquellas que la atrapan en un mundo de reproches y abandonos, del que trata de salir a través de la identificación proyectiva.

A nuestro entender es solamente gracias a la escucha de su contratransferencia y a un texto bien diferenciado entre lo que dice la paciente y lo que interpreta la analista, que ésta puede no caer en el mundo pesimista e impaciente al que lo arrastra su analizada.

La implicación entre **interdependencia** y **responsabilidad** asienta sobre la capacidad de tolerar el dolor psíquico que implica el abandono de posiciones narcisistas y el reconocimiento del otro como diferente.

Esto es precisamente lo que la paciente no puede procesar, escinde y proyecta el dolor y su mundo gira alrededor de un sistema de valores basado en la **culpa** y la **sumisión**, esta implicación se realimenta mutuamente.

Para W. Bion la posibilidad de pensar acerca de la experiencias emocionales y sentir el dolor de ser **responsable**, permite el crecimiento de la mente.

En el momento que se hace consciente el daño tanto al Yo como a los objetos se sale del estado **culposo**, por el contrario cuando aparecen la escisión y la proyección sin reconocimiento de los daños realizados, la **culpa** es intensa, con el agregado que una parte del Yo queda fuera de la conciencia, y por lo tanto se produce una disminución o inhibición de sus funciones.

Por otro lado cuando la acción recriminatoria de la **culpa** está actuando activamente en la mente, aparece resentimiento, en otras palabras volver a sentir con rencor. La posibilidad de sentir pena por los ataques a los objetos, como a sí mismo, debe tener un componente de amor.

La capacidad de espera está directamente relacionada con la angustia, dice S. Freud (1926): "Tiene este afecto (la angustia) una innegable relación con la espera." (1931): "La angustia es por un lado una espera y por otro su repetición mitigada". "El sentimiento de **culpabilidad** no es en el fondo sino una variante topográfica de la angustia".

Por lo tanto este tipo de pacientes al carecer de capacidad de espera, todo debe ser inmediato, sino para ellos es nunca, son impacientes en doble sentido de la palabra: no pueden esperar y no pueden ser pacientes dentro de un tratamiento psicoanalítico.

Cuando el psicoanalista logra crear dentro suyo un espacio y un tiempo donde **responder** y contener la demandas del Supeyó, este puede disminuir su crueldad.

Creemos que la metacomunicación posibilita ese espacio-tiempo para poder pensar cuando la angustia y la **culpa** persecutoria no lo permiten. La metacomunicación ocupa un lugar especial dentro de la teoría de la comunicación, ya que se refiere a algo diferente del mensaje implícito en todo diálogo. En la metacomunicación lo que se estudia es el acto e intención en el mismo fenómeno comunicativo.

En el diálogo psicoanalítico, donde dos personas: el psicoanalista y el paciente hablan de éste último, cuando el paciente ha estructurado su sistema de valores (estructura semántica) de manera que todo señalamiento o interpretación es decodificado como un ataque o una humillación, tratará de revertir este diálogo asimétrico; el paciente supone que el analista y en general todas las personas de su entorno padecen de la misma implicación que padece el paciente entre **culpa** y **sometimiento**.

En principio pensamos que es fundamental en la interpretación diferenciar claramente a ambos miembros de la pareja psicoanalítica, de modo que el paciente sepa en *todo momento que quien interpreta es alguien diferente del mismo*.

Para lograrlo, la construcción de la interpretación no debe contener palabras similares a las que emplea el paciente (esta forma de interpretar difiere de la premisa clásica de interpretar en el mismo idioma del paciente), por que este recorta del mensaje aquellas palabras que corresponden a sus propias frases y luego las utiliza para allí realizar un identificación proyectiva y supone que el psicoanalista sufre y merece las mismas **culpas** que el paciente.

Además es fundamental el cuidado del encuadre por que sin darse cuenta el psicoanalista se ve obligado a aceptar modificaciones que lo llevan a la pérdida de su identidad o bien a actuaciones iatrogénicas. Esto sucede, como en este caso, porque para los pacientes por el mero hecho de **depender** de las normas y reglas del proceso psicoanalítico, es entendido como **sumisión**, y esta contradicción lleva a la confusión.

Creemos que esta manera de enfrentar el problema de la implicación entre **culpa** y **sumisión** en perturbaciones severas logra que muchos pacientes diagnosticados como no analizables o de pronóstico dudoso, tengan acceso a un tratamiento **responsable**.

CASO CLÍNICO 3

Este caso de supervisión nos permitirá acercarnos a un tipo distinto de paciente de los que nos permitieron la observación del fenómeno de la **culpa**. Este paciente tiene 27 años y hace ocho años que está en tratamiento, y como en los otros casos presentados dividiremos esta supervisión en distintos períodos.

En el primero se presenta como un adolescente alto, desgarrado, imberbe, que habla con dificultad, y que relata que tiene grandes dificultades de comunicarse con el mundo fuera de su casa, ya sea antes en la escuela secundaria, como en el período de comienzo de la Universidad.

No ha tenido ninguna experiencia sexual y en general le cuesta mucho acercarse a las mujeres de su entorno. Desde el punto de vista intelectual, es un muchacho muy *inteligente que se ha destacado en sus estudios y que ha elegido como carrera universitaria, los sistemas de computación*, lo que desde luego lo ha aislado mucho más porque está en contacto casi permanente con su máquina, evitando el acercamiento a otras personas.

En su relación con sus padres es muy afectuoso y tiene una cordial y profunda comunicación con ellos, que es correspondido, hasta se puede pensar que un poco *exagerada en relación a su madre*.

En la descripción de este caso empezaremos con la el relato del último período, que nos permitirá un acercamiento más específico con nuestras hipótesis.

El paciente ya vive con su novia en la casa de ésta, tiene un trabajo bien remunerado, dicta clases en la Universidad y es un investigador destacado.

Tiene una sesión extra porque está muy angustiado y luego de ver al psiquiatra que lo medica, se siente desesperado por que tiene como él dice:

P: *"Las exigencias me sobrepasan, tengo que tener bajo mi dirección a varios pasantes y no se si puedo dirigirlos con eficiencia, además mi novia me pide que sea más hombre y por último mis padres se van de viaje"*.

Todo esto dicho en un tono dramático y en pleno llanto, por momentos no se le escucha por que parece que se hablara a sí mismo.

A: *"Lo que te sobrepasan son las exigencias internas, porque afuera tuyo nadie te pide nada que vos no puedas cumplir"*.

P: *"Es lo que Ud. cree, pero me siento agobiado y permanentemente criticado. Pero no entiende que estoy desespera...(no termina la frase por el llanto)"*.

En esta viñeta tratamos de graficar el componente de angustia que aparece junto con la **culpa** y la exigencia. Como antes señalamos respecto de la ubicación topológica de **culpa** en relación con la angustia, en el fondo son distintos afectos que se presentan alternativamente, según su relación con el Superyó (**la culpa**) y con el Yo (**la angustia**). Podemos pensar que en realidad siempre el sentimiento de **culpa** viene precedido de una angustia señal, que cuando sobrepasa un límite y se transforma en catastrófica, se abren las compuertas del crítico interno en su máxima expresión.

Por otro lado este fenómeno se completa generalmente con el agregado de la acción del Ideal del Yo, que fomenta las exigencias al Yo, y no le da tiempo ni espacio para desarrollar sus posibilidades. Además se le une el sentimiento de **vergüenza** por no cumplir con los ideales parentales, que muchas veces, como en este caso se desplazan a otros sujetos con características parecidas a aquellos, o para peor muy aumentadas por la personalidades despóticas que estos pacientes o buscan o encuentran de modo de cumplir con sus sueños masoquistas. Estas fantasías permiten que estos pacientes desarrollen su personalidad **dramática con suspenso**, que nos describe D. Liberman (1971).

Por el pánico en que estos pacientes se sienten sumergidos, dan la impresión de padecer una patología maníaco-depresiva, pero en realidad, la misma **angustia** termina por agotar al Yo, de ahí que se sienta inundado de **culpa** y **vergüenza**. Estos dos sentimientos se refuerzan mutuamente, de modo que al aumentar la **culpa** se retroalimenta la **vergüenza** y ambos dan lugar a un estado muy semejante a la patología depresiva, esta confusión provoca un acercamiento equivocado, en especial cuando la forma de expresarse dramáticamente conmueve al entorno y hace intervenir a familiares, psiquiatras y otros personajes que el paciente llama en auxilio en su desesperación.

En general suelen buscar medicamentos psicofármacos que puedan ayudar a calmar el proceso de despersonalización que suele afectarlos, pero por otro lado invaden el proceso psicoanalítico por que frecuentemente se produce una idealización de la droga, que se torna mágica.

De lo anterior podemos deducir que la **culpa** no sólo tiene topológicamente otra ubicación en el aparato mental, como dice S. Freud, sino que podemos pensar que la **culpa** da lugar a la angustia y que esta a su vez produce a aquella.

La utilización de este círculo vicioso en la economía mental, está de acuerdo con la idea de S. Freud sobre el problema económico del masoquismo. (S: Freud, 1926).

Aquí vale realizar una aclaración que en otro lugar de esta tesis he señalado, y se refiere la posición frente a las ideas de L. Grinberg en relación a la **culpa** depresiva que el autor la relaciona con la angustia depresiva descrita por M. Klein en toda su obra.

Dije allí que pienso que el problema de la **culpa** cuando es interpretada sin aclarar que no es persecutoria, al paciente le produce una situación paradójal.

Ahora bien ¿Cómo compatibilizar con la idea de la **culpa** ligada a la **angustia** si esta tiene además del componente persecutorio otro depresivo?, como nos dice M.Klein. Pienso lo mismo que decíamos de la primera en relación a la segunda, es decir, que la angustia depresiva fue y es entendida como aquella que permite: el reconocimiento del daño, la reparación, y el dolor mental del daño realizado, pero aquí como con la **culpa**, puede y es comprendida en relación con la patología depresiva o con la personalidad depresiva. Esto provoca malos entendidos entre terapeuta y paciente y no se logra lo

buscado sino todo lo contrario; el paciente termina sintiéndose perseguido y no comprendido.

Quince días después de la viñeta anterior llega a sesión muy puntual, algo que estaba evitando en las últimas sesiones, con aspecto muy deprimido, su cara demostraba un estado muy acongojado, su saludo apenas se escuchó:

P: "(se queda en silencio varios minutos, algo inusual en este paciente) Luego con voz muy queda dice: "Las mañanas se me hacen como un depósito de cereales vacío... en el fondo sólo queda un poco de afrecho...(nuevamente se queda en silencio) me parece todo gris, sin color, muy apagado. (sigue el silencio)"

P: "En este momento me acuerdo del sueño que conté el otro día, yo estaba en una galería, como la que iba en mi infancia con mi mamá. Adentro se producía un choque de un coche con un camión, y yo quería salvar a mi mamá y ella decía- Pero tendría que estar Perez (el padre) para ayudarme. Yo pensaba que era yo quien la iba a salvar". Asocia con la entrevista que tuvo con el psiquiatra que lo derivó su hermana, me dice que le cambió la medicación, y además le dio un diagnóstico mucho más amplio de lo que ve en la sesión. "Yo creo que el me entiende mejor que vos, por que me hace preguntas y no tengo que enfrentarme a mi miedo como acá".

*A: "Tu padre y yo no servimos porque te obligamos a **responsabilizarte** y entonces vos te quedas con tu madre".*

*P: "No!! Me da mucho miedo tener que ser **culpable** de echarlos a Uds."*

Este tipo de pacientes parece que padecen un síndrome bipolar, pero en realidad son personalidades atemorizadas que están tan agobiadas por el miedo; entran en un estado depresivo por que tal como lo dice el paciente, al confundir **culpa** con **responsabilidad** se sienten agobiados por el castigo. Por otro lado se produce la clásica escisión entre el psicoanalista perseguidor y el psiquiatra maravilloso que con sus drogas va hacer desaparecer el terror.

Varias semanas después, el paciente perseguido por la novia que le pide salud para que él se haga cargo de los problemas de ella, y de la disociación entre los dos

profesionales que lo llenan de **culpa**; pide licencia en el trabajo y se va por unos pocos días a la montaña. Al volver y retomar las sesiones cuenta:

P: "Estando en las sierras tuve dos sueños (todo lo dice con voz muy queda) en el primero soñaba que estaba en una habitación con Rocío (niña amada por el paciente en su infancia escolar). En un momento teníamos relaciones sexuales y yo eyaculaba, cosa que en otro momento me hubiera dado mucha vergüenza pero que en esta ocasión lo tome con alegría. En el otro sueño yo estaba en un departamento donde había un pileta de natación en el comedor que llegaba hasta el balcón, y yo me zambullía y me daba mucho placer."

A: "¿Qué asocias con los dos sueños?"

P: "Recuerdo que como era un camping donde parábamos con mis amigos, después del sueño me fui a dar una ducha, junto con Diego, como son las duchas en esos lugares, en un momento le digo-Voy al baño a orinar- entonces el me comenta como no dando importancia-La verdad sos más socializado que yo".

A: "¿Y vos que hiciste?"

P: "Oriné en la ducha".

A pesar de estar viviendo un momento de gran ansiedad y depresión, trae a sesión dos sueños (como un comienzo de simbolización) y en un intento de elaborar sus dos conflictos, por un lado dejar a la novia y a los profesionales con los cuales tiene mucha **culpa** y por otro dejar de ser el niño perfecto y enfrentar a su vergüenza (ideal del Yo).

En otra sesión y relatando el mismo recuerdo de su paseo por las sierras dice:

P: "En un momento estaba subiendo una pequeña montaña, y por el costado del angosto camino corría un río, que bajaba con saltos, como rápidos, todos iban por el camino lateral y a mí se ocurrió hacerlo por el mismo río, sujetándome de las piedras o por momento nadando contra la corriente, que era muy fuerte."

A: "Tenías que demostrar a los otros y a vos mismo, que podías hacer el camino más difícil".

P: "Sí, una de las chicas me dijo-Mirá que lo haces complicado vos-".

En ese momento el analista tiene una ocurrencia contratransferencial, recuerda un documental sobre los salmones, donde estos en su vuelta del mar tienen que subir a contra corriente el río de donde ellos salieron al mar, entonces el paciente asocia:

P: "Sí, yo lo vi ese documental, y los salmones suben con un esfuerzo enorme, lo atacan los osos, los pescadores que los esperan, las rocas en la subida. Y al final llegan igual que yo, a un remanso donde se encuentran macho y hembras para ser fecundadas y luego morir".

A: "Si lo pensamos es lo mismo que te llena de miedo, tener que cumplir con tu novia-mamá, y si desobedeces tu destino es morir".

Quince días después llega a sesión envuelto en un mar de lágrimas, y con voz entrecortada dice:

P: "No se que hacer conmigo...(se corta en sollozos), pienso pedir quince días de licencia en el trabajo, no se, me da vergüenza, voy a decir que me voy de viaje".

"Me recuerdo de dos sueños, pero me parece una mierda tener que analizarlos, no se..."

En el primero yo estaba en Suecia con mis padres y mi hermana y hablaba por teléfono con Carla (la novia), y ella me decía que tenía que buscar compañías de mi edad, que dejara a los parientes. Ella se fue a San Luis donde viven los padres y me pidió que la acompañe por que a ella le cuesta ir sola.

A: "¿Qué se te ocurre con este sueño?"

P: "Ella siempre se opone a que yo esté con mis padres".

A: "Pienso que ella necesita un acompañante para ver a los suyos, mientras que vos tenés prohibido ver a los tuyos".

P: "En el otro sueño (todo dicho en voz muy apagada) me dan un dinero doblado y Carla me lo pide prestado, como lo tengo doblado ella me pregunta por qué lo tengo así, y yo le contesto que no sé. Me cuesta desenvolverlo".

A: "Ese dinero debe representar la mierda, que te cuesta sacar y observar".

P: "Pero la plata está aplastada y no arrugada".

A: *“Claro, como la materia fecal”.*

P: *“Me siento usado”.*

A: *“También vaciado por dentro”.*

Después de esta sesión se mantuvo en esta tesitura durante 15 días, al cabo de los cuales trajo un sueño muy importante:

P: *“El otro día tuve un sueño muy extraño y muy claro pienso yo, estaba con mi mamá en una zona que era de montañas, pero a Carla no le gustaba por que yo estaba con mi mamá. De pronto aparecían dos lagos uno amarillo y otro, un lago azul. De pronto esa zona se transformaba en cañón como el del río colorado de los E.E.U.U., muy profundo y en el fondo estaba un tipo que era gordito con bigotes que miraba hacia donde estábamos mi madre y yo.”*

A: *“¿Qué asocias con el lago azul?”.*

P: *“Pienso en la película “La laguna azul”, donde dos adolescentes, una chica y un chico tenían sus primeras relaciones sexuales”.*

A: *“Tal como te ocurrió a vos y a Carla”.*

P: *“Sí, pero la chica era mucho más linda que Carla”.*

A: *“También el hombre sumido en el precipicio era yo (el hombre gordito con bigotes) de esa manera me daría cuenta de lo que vos sufrís, viviendo lo mismo; en última instancia querías que yo esté en tu lugar”.*

El tema de la relación de la angustia y la **culpa**, en parte fue tratado cuando realizamos los antecedentes bibliográficos, allí señalamos el problema planteado por S. Freud en su trabajo “El malestar en la cultura”, (Tomo 21, pag.131). Freud nos dice “Pero no hay que sobrestimar los vínculos con la neurosis: también en la neurosis obsesiva hay tipos de enfermos que no perciben su sentimiento de **culpa** o sólo sienten como un malestar torturante, una suerte de angustia, tras serles impedida la ejecución de ciertas acciones.”

Este malestar torturante es el que tiene el paciente en la supervisión que ahora presentamos, pero fundamentalmente no ya en la imposibilidad de realizar ciertas acciones

como en la neurosis obsesiva, sino, sumirse en dudas, cavilaciones y sobre todo en las exigencias desmedidas que aparecen en las neurosis de angustia (fobias).

Un paso para comprender un poco más este tema, es reconocer el componente persecutorio tanto de la **culpa** como de la angustia.

Además como dice Freud los pacientes tanto obsesivos como fóbicos, manifiestan la **culpa** por una fuerte angustia y eso lleva a confusión tanto a psicoanalistas como a psiquiatras presentando un cuadro muy similar al bipolar. Si bien el síntoma depresivo está presente, no es más que el resultado de un incremento de su angustia, que puede llevarlos a un estado de pánico.

Otro tema que toca Freud en ese párrafo se refiere a la forma proteica que tiene la angustia de presentarse: “De algún modo ella (la angustia) se encuentra detrás de todos los síntomas, pero ora reclama ruidosamente a la conciencia, ora se esconde de manera tan perfecta que nos vemos precisados a hablar de una angustia inconsciente o por un prurito psicológico, puesto que la angustia, en principio, es sólo una sensación- de posibilidades de angustia.”

Lo interesante en este paciente es que la angustia sentida como algo que no es posible de nombrar, sería lo que Bion llamó terror, y D. Meltzer terror sin nombre.

En este sentido S. Freud en el mismo trabajo antes citado nos dice en la pag. 121 “Es manifiesto que en ese grado la conciencia de **culpa** no es sino angustia frente a la pérdida de amor”. Por lo tanto en el paciente descripto, la **culpa** y los reproches tanto a sí como a los demás, no es más que la angustia frente a tres pérdidas 1) pérdida de la infancia, 2) la pérdida de los padres de ese niño que era él, 3) la pérdida del cuerpo infantil y del entorno de ese entonces.

Que los adolescentes tardíos se hagan **responsables** de su crecimiento físico y mental es una tarea que en la sociedad actual se hace sumamente difícil, la consecuencia de esa falencia da como resultado un estado muy parecido a la enfermedad depresiva: no se levantan de la cama a realizar sus tareas, no se asean, no logran una identidad que puedan llevar adelante para una realización personal.

Pero el tema central no es la depresión sino la angustia, la posibilidad de que el terapeuta pueda conectarse con esa sensación de desesperanza reside en tener en claro que la interpretación debe dirigirse en primer término a la angustia, ni a la **culpa** ni a la **responsabilidad**, por que va a ser malentendida.

Como ejemplo de lo antedicho mostraremos una viñeta de una sesión de esta misma época:

P: " Pase un fin de semana horrible (se le corta la voz), tuve que bancarme a Carla y a su tía, pseudo psicóloga, que se oponen al tratamiento. También tuve que tener relaciones sexuales a pesar que yo no quería. Traté de nadar pero me cansé en seguida, me llamaron del trabajo y no sabía que mentira les iba a decir.

(se queda unos minutos en silencio) Cuando fui al psiquiatra me dijo que el temía más a mi estado de euforia que a mis estados depresivos, no se que hacer conmigo...(se corta el discurso)

A: "Yo pienso que hay tanta omnipotencia cuando te sentís un genio, como cuando te sentís una basura, nada ni nadie pueden ayudarte, porque te sentís el mejor o el peor, siempre inalcanzable".

P: "(Con voz inaudible) Lo que decís me hace sentir más culpable".

En esta situación es imposible interpretar la **culpa** y la **responsabilidad** lo que va a dar lugar a una decodificación paradójica, la única posibilidad como ya vimos en otro caso es metacomunicar, describir la posición en que el paciente se coloca, que no le da salida ni permite que los demás le acerquen alguna solución.

Este fenómeno que es producto de la angustia desmedida, cuyo resultado es la evitación, permite suponer tener un control obsesivo sobre los perseguidores, pero el precio es, en primer término un aislamiento y segundo que se refuerzan las cavilaciones descalificadoras.

Recién cuando el paciente sale del estado de pánico, es posible, con mucha cautela, acercarse al sentido de **responsabilidad**.

Cercano a las vacaciones anuales, el paciente llega muy desconsolado, aunque con más posibilidades de pensar, dentro de su estado de atemoradizo y **culposo**:

En el momento que se recuesta en el diván comienza a llorar y hablar entrecortado:

P: *“(Llora) Por que carajo quiero volver a esa época, tal vez por que sino mi mamá se va a morir”(Se refiere a su época escolar)*

A: *“La que se murió es la mamá del niño que eras vos y también ese mismo niño que vos extrañas”.*

P: *“Esto que decís me hace sentir peor, (tiene una congoja) mis amigos de la escuela primaria ya tienen hijos, y yo estoy aquí como un nene”.*

A: *“Siempre los otros están mejor que vos, aunque tengas noticias de lo contrario”.*

P: *“Sí, ya sé, algunos tienen úlceras o hipertensión. En este momento me acuerdo de una película que se llamaba “Navigator”, que transcurre en un pasado remoto, en una población muy primitiva; se desata una peste y para escapar comienzan a cavar un pozo muy profundo, llegan a la época actual, se encuentran desorientados y muy asustados. Tenían como meta poner una cruz en el lugar más alto. Por supuesto era un rascacielos actual; al final sólo un niño logra colocarla y volver a su época; los mundos eran angustiantes y no había salvación”.*

A: *“Te diste cuenta que la salida mágica no existe”.*

P: *“Los últimos sueños eran viajes para bien o para mal”.*

A: *“Tu meta fue siempre hacer viajes”.*

P: *“Carola dice que el viajar mío es para escaparme, y yo coincido”.*

A: *“Pienso que nuevamente estás en los absolutos, o todo sirve o no sirve nada”.*

P: *“En realidad la única que se opuso fue Carola, yo no sé porqué quiero hacer este viaje”.*

A: *“Es como un peregrinaje para saldar **culpas**”.*

P: *“Tengo bastante argumentos para hacer un turismo aventura, aún sino lo disfruto”.*

A: *“¿Qué problema si llegas a disfrutarlo?”.*

P: *"Eso era claro cuando estaba dando exámenes parciales en la facultad antes de darlo era un pozo terrible, después que me decían que me había sacado un diez era la cumbre de una montaña"*

El analista entiende por momentos el material clínico, pero en otros trata de apaciguar al Superyó del paciente y el suyo propio, cuando le da entender que el paciente tiene más capacidades que las que el mismo cree.

Después de una semana llega a la sesión con cara muy preocupada, se acuesta en el diván pero en realidad se tira como si lanzara a una piletta de natación, dice:

(Habla con voz muy angustiada)

P: *"Soñé el otro día que estaba de vacaciones, y me estaba acostando muy tarde, y volvía al hotel a la vuelta de un boliche. No era de no era de nuestra onda, afuera del hotel estaban unos pibes que estaban fumando y tiraban el cigarrillo arriba de un toldo. Yo paso delante de ellos con mucho miedo; por fin llego a mi habitación donde duermo con otros muchachos amigos, tengo que dormir con la luz del día. Me acuesto culpable por haberme acostado tan tarde, pero no estaba mal.*

A: *"Se nota una lucha entre los dos pacientes, al que no le está permitido acostarse tarde por todavía es un niño y el que se reconoce más grande pero teme hacer las cosas de otros adolescentes".*

P: *"En estos días duermo todo el día, y mientras tanto pasan muchas cosas, y me confundo por que no se a quien contarle mis cosas. Me fui a dormir a la casa de un amigo pero temí molestarlo, entonces me fui a la casa de Carola, pero ella estaba indiferente. Yo pensaba que era como una bolsa de papas, entonces quedamos que yo me fuera a dormir a la casa de mis padres; cuando nos volvimos a encontrar al día siguiente tuvimos relaciones sexuales, y estuvo bueno pero me seguía sintiendo mal.*

A: *"No encontras ningún lugar que sea tuyo, porque el que no sabe quien es, sos vos mismo y pensas que el lugar geográfico te va a permitir encontrar a tu verdadero yo".*

P: *"Mi mamá me dijo que tomara unas vacaciones, ir por ejemplo al sur, a los glaciares, y hacer un turismo aventura por el volcán Lanín, me gustó la idea pero me daba*

mucho miedo. Al día siguiente fui a cenar con mis amigos y les conté lo del viaje, a ellos les pareció bien, pero yo no estoy decidido a ir".

A : "Frente a un cambio aparece nuestro viejo conocido: la duda.

P: "Carola piensa que no tengo que ir, que tengo que buscar el disfrute acá.

A : "Frente a la duda eterna vas en busca de alguien que diga aquello que evite el miedo, pero sobre todo que te salve de la culpa de decidir algo sin el permiso de nadie".

P : "Es probable que no haya razón alguna, pero no puedo salir, no puedo...(deja la frase inconclusa, se queda en silencio)".

A : "¿Qué te quedaste pensando?"

P: "Cuando era chico, en los campamentos, lleno de miedo y quedándome mirando sin intervenir en nada, lo mismo en Bariloche, que observaba a todos y les reprochaba su actitud inconsciente, pero lo peor es que me quedo en falta con Carola si me voy de viaje".

A : "Estás atrapado en una paradoja, si vas, estás transgrediendo las normas de toda tu vida y al mismo tiempo estas transgrediendo las normas de Carola; sino vas estás transgrediendo tus propios deseos".

P: "Recuerdo un sueño que resume lo que me pasa, teníamos dos carpas y yo me voy a mi pieza que es un sucucho. Me encanta la travesía por las montañas, pero me repugna el camping, por otro me da miedo hacerlo sólo, y al mismo tiempo me molesta la gente. La sensación es que estoy detrás de un vidrio mirando, mientras los demás se divierten".

A: "Se nota la lucha entre los dos aspectos (carpas) de que hablamos en muchas oportunidades, y esa lucha es salir detrás del vidrio por eso aparece el miedo y la culpa".

Esta sesión es de un viernes por la mañana, el viaje está programado para el lunes siguiente por la mañana, el paciente pide otra sesión esa misma tarde, el terapeuta acepta porque le parece un buen indicador para enfrentar la situación que está viviendo.

Llega a la sesión sin llorar pero con semblante sumamente compungido.

P: "Me decidí a hacer el viaje, mi hermana me convenció; estoy cagado hasta las patas. Si me quedaba todo iba quedar igual o peor; voy a hacer algo para cuidarme y no

para que me cuiden. Pregunté si me podía volver en medio de la travesía y me dijeron que no, sólo en caso de fuerza mayor; tal vez sea bueno que no me pueda arrepentir. Espero animarme, quiero tener la libertad de largarme a llorar cuando quiera (llora). Tuve un terremoto, y uno no se da cuenta que está en medio de un terremoto; la frase que me sale es ¿Yo que sé?"

A: "Es la vieja duda que te sirve de acompañante".

P: "Confío en el poder de la caminata y en el sudor, mi hermana me decía que voy a volver energizado. No tengo compromisos con nadie".

A: "En realidad te vas alejar de los que según vos te obligan a comprometerte".

P: "Tengo mucho miedo a la gente, como una claustrofobia; no al esfuerzo".

A: "De quien deseas alejarte es de tu mismo Yo interno que te persigue. De ese tratas de hacer el duelo".

P: "Puede ser (llora) tengo miedo y mucha tristeza".

A: "Claro ese miedo tapa la tristeza".

P: "Voy en busca de la serotonina, y me critico por todos los flancos, desde que es una excursión fácil. Por no subir al Aconcagua o por no poder irme en la mitad".

A: "Esto es como un test probando al crítico interno".

P: "Es bastante parecido a mi viaje a Londres. (llora) (Es un viaje que realizó a los 17 años a Inglaterra para estudiar inglés, con un grupo de su edad, allí su temor no estaba en la lejanía de su país, sino el tener que compartir con otros adolescentes un largo periodo.)

A: "En realidad hay una diferencia de edad con aquella época".

P: "Claro, toda la experiencia que adquirí, el viaje a Italia y luego a Egipto y Turquía, pero luego cuando tenía que ir a París estaba aterrado y eso que yo hablaba francés. Lo hice prácticamente con los ojos cerrados, hay una enorme diferencia entre la realidad y mi cabeza, esto me desconcierta".

A: "Yo pienso que el duelo es con el niño que eras y que no tenía conocimiento entre lo real y lo mental, para él ambos se confundían".

P: "Si, sólo había mente, cuando fui al camping escolar la pasé bastante bien pero cuando volví dije que era horrible; lo mismo pasó en mi viaje a Bariloche como egresado de la escuela secundaria, la pasé muy bien pero cuando volví dije que tuve un miedo atroz".

A: "No te parece notable que ese chico o adolescente que la pasaba bien y luego entraba en estado de terror, ahora lo extrañes y desees volver al pasado".

P: "Sí es increíble pero es mi vida, y bueno vamos a ver que pasa".

Comentario sobre el material clínico 3

Se produce en este caso lo que discutimos sobre el texto de S. Freud en "El problema económico del masoquismo" (1926); cuando aparece la regresión de la moral al complejo de Edipo, está transgrediendo un mandato infantil, y supone que debe ser castigado por esta regresión.

Seguramente no es fácil para el terapeuta encontrar en su bagaje de **responsabilidades** aquella interpretación que le permita al paciente "conceptuar en vez de sufrir".

Otro tema que señalamos en los antecedentes es la ambivalencia en estos pacientes, entre el amor y el odio hacia su progenitor de cualquier sexo (S. Freud, Tomo 21); esto sucede con este paciente por que está frenado, como dice S. Freud, por el temor a la castración, e intensificado por la angustia que es agobiante. La salida a través de la reparación o de la sublimación, está bloqueada por que se le suma la exigencia del Ideal del Yo. O se castra o se somete a las máximas exigencias.

En los antecedentes encontramos a M. Klein (1959, pag.350) que dice: "A medida que el odio se va mitigando con el amor, puede canalizarse de manera más adecuada". En este paciente el odio por las exigencias desmedidas tanto internas como externas impide diversificar sus impulsos en una adecuada sublimación."

En otro momento M. Klein nos dice (415): "El temor a la castración y los sentimientos de impotencia no siempre llevan a la rebelión y el desafío, sino que también puede dar como resultado una **sumisión** completa e indiscriminada ante cualquiera que

represente a la autoridad". Exactamente lo que padece este paciente, su **sometimiento** está aumentado por su ansiedad persecutoria y por sus fantasías de castración.

Cualquier interpretación que señale esta impotencia-omnipotencia favorece la **sumisión**, como sucede cuando el analista le interpreta que "Sea por que puede todo o por que no puede nada, el paciente sufre de omnipotencia"; entonces el paciente dice: "Me estás llenando de **culpa**".

De la misma manera cuando el paciente comienza a sufrir sus dudas sistemáticas, podemos remitir a D. Winnicott cuando dice (1962, pag, 17) : "El sentimiento de **culpa** es apenas una ansiedad caracterizada por una cualidad especial, ansiedad experimentada debido al conflicto entre el amor y el odio"; de esta manera comprendemos que la angustia permanente en el paciente que estamos supervisando, termina en un sentimiento enorme de **culpa** tanto hacia sus padres, novia y finalmente frente a su analista.

Por otro lado este paciente tiene fuertemente reprimido su sadismo, en especial el sadismo oral y por eso D. Winnicott nos dice en la pag.26: "La necesidad del niño de una oportunidad de reparar y restituir, siempre que el Yo inmaduro acepte el sadismo oral, constituye la segunda contribución de M. Klein en este campo".

Pensamos que este joven tiene muy disociados sus aspectos sádicos entonces sus intentos de reparar lo llevan al fracaso.

Del estudio de las sesiones deducimos que este paciente tiene elementos positivos con un buen desarrollo de la compasión (al decir de D. Winnicott), pero por otro lado tiene una gran preocupación por el daño inflingido a sus semejantes, y lo que no ha logrado aún es una ocupación acerca de su Yo y así lograr una real reparación, que está trabada por su enorme angustia.

Siguiendo a D. Winnicott en el mismo artículo, es necesario que el analista se haga **responsable** de las incapacidades de su paciente y tolere la agresividad dentro del amor en la transferencia.(pag 27).

También en el mismo párrafo nos habla de un reconocimiento gradual de la diferencia entre el hecho y la fantasía, cosa que este paciente no ha logrado.

Lo que parece "una **dependencia** a los antepasados en el culto a los muertos" (L. Grinberg, 1963) es en realidad, una profunda sumisión, que es lo que sucede con este paciente y lo obliga a ritos sacrificiales, como subir un río en la montaña a contracorriente,

no sólo para satisfacer su Ideal del Yo, sino también por su enorme **culpa** producto de sentimientos ambivalentes hacia sus padres.

La necesidad de castigo aumenta la **culpa**, y a medida que se va castigando, aumenta su sentimiento de **culpa**, por que el daño también está dirigido a su Yo; se debe tomar en cuenta la existencia de un superyó bondadoso, que en este paciente está opacado por un superyó cruel.

Cuando el paciente presenta con un cuadro de ansiedad catastrófica (pánico) se refiere a un peligro que imagina y teme le sobrevenga, y cuando llora por su **culpa**, se refiere a experiencias pasadas, sobre todo en su infancia; lo que también se observa es que un sentimiento potencia al otro y viceversa; la angustia aumenta la **culpa** y esta realimenta la angustia.

En este paciente la aparición de resentimiento se debe a la **culpa** persecutoria, siente que lo han frustrado y también lo van a abandonar. El peligro para el terapeuta es que se contraidentifique con el paciente, y se ofenda por el enojo de éste.

Cuando el paciente no puede seguir realizando su trabajo y sus investigaciones, es por estar sumido en sus duelos, penando por el objeto y por sí mismo, en estos casos se deberá investigar el estado del Yo y la elaboración de dichos duelos.

Creemos como decimos en los antecedentes, que frente a todo duelo es necesario enfrentarse con dos **responsabilidades** por un lado con el objeto perdido y por otro con el propio Yo.

Los micro duelos por el Yo, con sensaciones de malhumor, apatía, cansancio, aburrimiento, tal como se presentan en el paciente, pueden ser entendidos como iniciadores de aspectos **responsables**, que se ponen de manifiesto por los cambios en el desarrollo de Yo, esta es la manera de presentarse en gran parte de los adolescentes.

CASO CLÍNICO 4

Este material corresponde a una paciente de 37 años que fue supervisada durante tres años, la descripción corresponde al último año de supervisión.

Se trata de una persona que acude por grandes ataques de miedo, llegando por momentos a padecer estados de pánico; en la actualidad vive con un hombre cinco años menor que ella, y que según dice sufre ataques epilépticos y como ella, ataques de pánico.

Viven tolerándose sus padecimientos, mientras la que lleva el mantenimiento de la casa es la paciente. Tuvo en los distintos momentos de su tratamiento episodios de fuerte depresión, que la obligaban a permanecer en la cama durmiendo o en estado de ensoñación.

Estos episodios remitieron y durante un período intentó embarazarse, cuando lo logró tuvo un aborto espontáneo que la sumió en otra depresión.

Es licenciada en arte, en especial dedicada a la vestimenta, y actualmente en el vestuario de películas de cine, vende ropa que fabrica ella misma en distintas ferias de la ciudad.

Tiene una personalidad fóbica con rasgos depresivos, es sumamente masoquista y en sus relaciones amorosas siempre actúa como la víctima de algún acto sádico de su partenaire de turno, que la maltrata, generalmente verbalmente, describiéndola como inútil o incapaz; que ella asume casi sin protestar, por que está de acuerdo con quien la desvaloriza,

Siempre ha hecho cuatro sesiones, pero en la actualidad realiza tres sesiones semanales, con diván, y cumple bastante puntualmente con su tratamiento.

En el momento que se presenta este material su pareja le avisa que quiere separarse e ir a vivir sólo en otro lugar, por que ya no la quiere. Esto desata un ataque de angustia y de depresión como tenía al comienzo de su tratamiento.

Sesión 1

Paciente: "Cuantas veces o cuanto tiempo vendré y le diré que estoy...(se corta el discurso) ; por qué todo me resulta tan difícil, más que siempre digamos. Lo bueno es gracias a B. (su pareja); lo malo es mi culpa. Tal vez tengo esa posibilidad de salir, pero no lo creo. Ud. me entiende no? Que suerte. (silencio)

Hoy me llamaron por un presupuesto para hacer unos bolsos, y fui a la Afip para poder dar las clases en la Universidad. Cuando me llamaron dije que sí y ahí mismo me puse a llorar, ya se que no era S. (una anterior pareja) el que lo hacía por mí, pero creo

que él era un acompañante terapéutico, para no estar sola. Igual que mi mamá que se busca quien la acompañe por que no tolera estar sola. (silencio)

Tendría que estar contenta por haber dicho que si al trabajo, cuando siempre el miedo me lo impidió. Estar contenta por que en definitiva lo hago yo.

Ayer me reuni con un asistente con el que hice un comercial, y me quería incluir en un proyecto; quería hacer objetos decorativos y quería saber como se vendían, yo también tendría que deshacerme de todas las cosas que ya hice y tratar de venderlas.

Por primera vez estábamos cerca de casa y pude invitarlo a pasar, antes me costaba no sabía que iban a decir, por el desorden y demás. Y él me dijo: " Pero no es como vos me lo describiste está muy linda."

A: "Estas haciendo cosas de trabajo o invitando un amigo y a pesar de eso cuesta mucho dolor."

P: (después de un largo silencio, que se notaba muy tenso dijo, con voz entrecortada)"B. (la pareja con la convive) me dijo que se quería separar para poder hacer cosas cada uno por su cuenta. Pero resulta que nunca hicimos cosas juntos, en realidad yo lo mantuve, él no hacía nada. El me contestó que en una de esas puedo hacer algo y mantenerme yo sólo. Yo pienso que tiene razón, el está haciendo bien las cosas."

A: "Entonces todo lo positivo es del otro, lo negativo es tuyo."

P: "Es que tomo todo con la izquierda y no con la derecha. ¡ En una palabra mal¡"

A: "En realidad vos te ubicas siempre en lo negativo así te sostenes en la omnipotencia de lo negativo, como Sor Juana Inés de la Cruz, yo la peor de todas."

P: "Lo raro de lo negativo es eso de quedar encerrada en un claustro, era estar a salvo de la angustia. Mi sensación es que se me cayó una bomba y no hay más claustro. También me da rabia que sea él quien me daba seguridad, cuando quien lo mantenía y lo ayudaba en sus crisis epilépticas era yo.

A: "Vamos a tratar de entender porqué pasaba eso?."

P: "No se porqué, asocio que cuando era chica para entrar al colegio necesitaba de otra compañera para poder entrar."

A: "Como un acompañante o un fetiche protector que te iba a salvar de una persecución."

P: "Ayer cuando vino el muchacho al que le iba a mostrar la ropa que confeccioné, le dije que sola no puedo mostrár mi confecciones de ropa; no sé si yo me analizaba cuando pinté una cancha de tenis, entonces yo la envejecí, para un comercial de un banco. No sé, es raro, pasan muchas cosas que me confunden, tengo que tomar una decisión; palabra para mí muy difícil."

B. dice que se va mañana pero no veo que se prepare, siempre he sido yo la que lo hacía, me da pena todo.

Mañana tengo que ir a Quilmes, por las clases de diseño de indumentaria y también todos los trámites burocráticos. Ayer terminé de filmar y me ofrecieron un trabajo de cuatro semanas, son comerciales y hacer yo la producción. Me pagan dos mil pesos, pero entonces no puedo ir a Quilmes tres horas, tres veces por semana. (En este trabajo prácticamente no le pagan nada) Todo esto me cansa, me agota, no se?.

A: "Yo pienso que te agotan las dudas y la sensación de volver a ser usada en forma masoquista".

P: "Claro, no puedo hacer ambas, no hacerlas me dan culpa y pena, por que si bien en la cátedra no pagan casi nada, lo conseguí yo sola, no como los otros trabajos que los tengo gracias a mi hermana. Me encontré con productores mejicanos para hacer una película; armé un reel o muestra de los largos que hice como asistente o vestuarista, les mostré todo y ellos me dijeron lo que querían. Me llamaron a la noche, por que de los cinco que se postularon me eligieron a mí y querían cerrar el trato ya que quieren filmar entre junio y julio, lo que cobran en Méjico es un robo, por eso se escapan a la Argentina. Me dio miedo y nervios y ellos me parecieron feos y malos; bueno son mis angustias y convivo con ellas."

Mandé muchos curriculums y algo tengo que aceptar, por que todo es tan incierto, puedo elegir uno y luego pueden decirme que no quieren.

A: "Ahora notás todo lo que puedes hacer en el momento en que se va B."

P: "Pero también es raro él también."

A: "Es que se frenan uno al otro, un dudoso es difícil, dos es lo mismo pero al cuadrado."

P: "No quiero pensar en eso."

A: "Te duele pensar en eso."

P: "Tendríamos que ser distintos; a veces pienso que con B. teníamos un lugar cómodo pero encerrados. No entiendo porqué ambos podríamos trabajar y también tener una vida juntos?"

A: "La pregunta es porqué se frenaban uno al otro?"

P: "Pienso por control, cualquier cambio en uno implicaba cambio en el otro. ¿Entonces no voy a poder estar nunca con nadie?. Por que cuando estoy sola algo tengo que hacer aunque me de miedo, no tengo opción."

En este tipo de paciente todo lo que pueda producir miedo o angustia es motivo de parálisis, pero generalmente estos sentimientos van acompañados de **culpa** que reactiva la **sumisión** a un crítico interno muy cruel.

La salida de esta implicación (**sumisión-culpa, culpa-sumisión**) fue un acting al quedar embarazada sin el consentimiento de su pareja, sobre todo cuando ésta no sólo no estaba enterada sino que había decidido ir a vivir solo.

Es evidente en esta paciente sus tendencias masoquistas, ella supone que con sus actings logrará alguna calma a su **culpa**, sin saber que de esa manera se intensifica más aún; en ese sentido nos dice S. Freud (1918 Tomo 17 pag. 159) : "Señalaremos de pasada que matrimonio infeliz y achaque físico son los sucedáneos más usuales de la neurosis. Satisfacen en particular la conciencia de **culpa** (necesidad de castigo) en virtud de la cual muchos enfermos se aferran tenazmente a su neurosis."

El peligro en la transferencia es que se repita en la pareja psicoanalítica la relación sado-masoquista y la paciente lo coloque al analista en cualquiera de las dos posiciones.

Cuando la paciente corta el discurso "le diré que cuando estoy"... muerde sádicamente el vínculo con su terapeuta, además cuando agrega "tal vez tengo esa posibilidad de salir, pero no lo creo. ¿Ud. me entiende no? ¡Que suerte!". Está

introduciéndose en la cabeza del analista, y supone que éste también está dentro de la de ella, masoquísticamente.

Por otra parte, cuando describe su necesidad de un acompañante fóbico parece que hubiera hecho un insight, pero se nota que el duelo por ese compañero de paranoia no ha sido elaborado aún.

Cuando habla de deshacerse de sus cosas, no sabe si las quiere vender, que sería un acto creativo o expulsarlas por la ventana-mente.

Después de la interpretación sobre el dolor que tiene al enfrentar en su tarea, o bien invitar a alguien a su casa, baluarte inexpugnable, recién allí y con mucho sufrimiento cuenta el pedido de separación de su pareja; al mismo tiempo describe de que manera logra tener un compañero: manteniéndolo como a un hijo pequeño.

La explosión del claustro tal como ella lo relata, da la impresión que es el otro el que puede salir del mismo, aunque la paciente estuvo realizando enormes esfuerzos, no reconocidos por ella.

Suponemos que este reconocimiento significaría salir de la **culpa** y su implicación, el **sometimiento** a un Superyó sádico, pero en última instancia no es así.

Cuando el analista le interpreta las dudas y el masoquismo, la paciente contesta sobre sus dos trabajos aunque en realidad se refiere al problema, que si logra tomar decisiones puede perder el masoquismo que le permitió sobrevivir pero encadenada.

El analista cuando se queda en lo manifiesto (trabajo, dinero) pierde de vista el tema fundamental del masoquismo, pero no basta con el enunciado al paciente, ya que esta entiende que está actuando mal y debe nuevamente ser castigada. En la interpretación del masoquismo es fundamental lograr tomar distancia en el discurso, de modo que el paciente no presuponga que estamos criticando su forma de relacionarse con el mundo.

Sólo señalarle que es masoquista no sólo no es útil sino que aumenta el **sometimiento**, en este caso al analista, sino que lo que es necesario es un replanteo general de su manera de ver el mundo, donde no siempre el que haya un castigador y un castigado podrá permitir a éste último sobrevivir, sino que existe también otra manera de vivir donde las personas se relacionan en un sistema de retroalimentación positiva.

Sesión 2

P: "Estoy haciendo el comercial, y mientras estaba comprando pensaba que no iba a llegar a la sesión, pero me dije voy y aquí estoy; pero el jueves estoy filmando y allí no voy a poder venir a sesión, me gustaría poder cambiar el día de sesión para no perderla."

A: ("El analista le ofrece otra sesión el día viernes que la paciente acepta")

P: "Ayer tomé por primera vez un ansiolítico, porque estaba muy mal. Tenía que buscar ropa y no podía salir. Tomé media cosita, y algo me mejoró y salí a trabajar. Ahora entiendo porque la gente toma pastillas, algo calma la angustia. (Silencio)

Ayer hablé con B. pero él no conversa conmigo, y me empecé a poner nerviosa. Por que yo decía que él tenía un mal modo de hablar. Estaba enojado por que dice que yo no le creo lo que él propone; dice que yo alucino que él me habla de mal modo. Pensé que él hablaba como yo a los quince años y protestaba por que no creían que lo que yo decía era verdad y yo terminaba dándole la razón al otro para satisfacerlo".

A: "Pienso que vos hablas del cambio del otro pero en el fondo estas hablando del cambio dentro tuyo".

P: "Sí, es lo que me di cuenta. ¿Lo haré para que no me dejen de querer?; me da enojo conmigo misma y al mismo tiempo me dio pena por él, porque cuando a mi me pasaban esas cosas con mi mamá, yo creía tener razón y cuando pensaba que ella sufría me sentía culpable. Al plantearle cuando pensaba irse, él me dijo que no sabía cuando iba ser, entonces yo le dije que era su decisión romper y le dije que tenía que irse el sábado; entonces él se enojó y yo me sentí culpable, pensaba que yo lo echaba."

A: "Es curioso sentirse culpable por salirse del sometimiento, y decir lo que vos sentís frente al abandono."

P: "Debo estar acostumbrada a ser así sometida, cuando alguien me lo dice recién lo veo. B. el sábado y el domingo durmió casi todos los días y después que se levantó se pasó cinco horas chateando; entonces yo le dije "podías saludarme" y el me contesta que tiene una cita con una chica. Me parece de mal gusto, debería yo ponerle sus cosas en la vereda, pero no pude. Cuando se lo dije, el me contestó que yo no era una persona considerada."

A: “Pienso que todo lo que contás está directamente relacionado con tu masoquismo.”

P: “No sé si me angustia que se vaya o que no esté más; bueno no sé, es por lo que siento por él, o a veces pienso que él estaba muy mal y yo estaba mejor, no sé.”

A: “Entrar en la duda es para que todo siga igual.”

P: “¡Ayúdeme me siento muy culpable!”

A: “Es notable que yo te interprete tus dudas para quedarte encerrada en ellas y vos inmediatamente te sentís acusada.”

(Silencio prolongado)

P: “No se porque me resulta tan difícil, no se porque con B. todo me parecía más sencillo. (silencio) Mañana viene un productor de Méjico para que yo trabaje en su película; es un policial que se llama Cortando cabos, ellos quieren que yo les haga el vestuario. (silencio) Me da nervios, mi sensación es que tengo tan poca imaginación. Yo puedo estar conforme, pero si alguien me dice que cambie el color y yo pienso que no soy la persona indicada. (lagrimea)

A: “Aunque vos te especializaste en todo lo referido al color?”

P: “Si alguien me dice algo de lo que yo hago la estantería se derrumba, como mi casa, y yo digo que no puedo; supongo que es parte de mi inseguridad. Me gustaría que no me importe y no siempre tratar de complacer al otro”.

A: “Pienso que pedís que te ayude, pero el pedirlo también va acompañado de la crítica, entonces todo se derrumba.”

P: “La crítica no se va y junto a la angustia somos un montón, ya no necesito más compañía.”

A: “Bueno al menos no perdiste el humor.” (silencio)

P: “Lo que tenía con B. era tener un proyecto con alguien, antes sola no podía.”

A: “Creo que es un pensamiento erróneo ya que el cambio lo hiciste vos sola.”

P: "Sí, me acuerdo que fue en análisis donde pude pensar un proyecto, pero sino lo tengo a B. creo que nada lo puede reemplazar."

A: "El duelo que no finalizó nos hace pensar que "no habrá ninguno igual no habrá ninguno".

P: "Pero el cambio de este momento es que no pensé llamar a alguno de los que tuve algo en otro tiempo, aunque lo más triste es que me haya dejado, (con congoja) ¡que no me quiere!"

A: "Quizá esta tristeza no significa que se termina el mundo."

P: "No por suerte no pasó como con S, que para mi fue trágico."

Pedir un cambio para este tipo de paciente es sumamente difícil porque con su duda permanente, nunca sabe el resultado de su pedido y además da por sentado un rechazo; el que lo haya realizado es toda una evolución. Los relatos con los largos diálogos como "yo le dije" y "el me dijo", en los pacientes dramáticos con suspenso (histerias de angustia), son los indicadores de fuerte nivel de angustia. Es notable la negación del **sometimiento** que sólo es visible si alguien se lo señala, pero aún así, la compulsión a la **sumisión** es muy fuerte.

En el diálogo con el analista, la paciente demuestra que está dispuesta al cambio, pero el terapeuta por momentos se contraidentifica con ella y trata de apaciguar el dolor por la pérdida, y allí la paciente le recuerda que el análisis le permitió cierto cambio y espera que el psicoanalista lo reconozca, por que en su vida el reconocimiento es una falta que luego se paga con un aumento del masoquismo, ya que nunca sabe si satisfizo al otro.

Por otro lado se nota la ambivalencia de la paciente que sufre por la pérdida pero al mismo tiempo desarrolla tareas que antes le estaban vedadas.

Otro elemento que se observa en la supervisión es que el analista tratante parece irritado por el nivel de masoquismo de su paciente, lo que lo coloca en una posición de crítico que el mismo está tratando de aclarar a su paciente. Es muy importante detectar estos sentimientos por que su estudio permiten entender cómo la paciente logra que aquellos que la rodean obren como si ella les estuviera pidiendo que la maltraten; las

interpretaciones deben tener un componente esclarecedor sin llegar a apaciguar al crítico interno, como cuando dice: "Quizá esta tristeza no significa que se termina el mundo".

En el fondo la paciente no entiende que la están calmando sino que le tienen lastima y por eso merece ser tratada de manera muy especial: agresivamente o bien buscando todo lo que ella por sí misma no logra encontrar, con lo que el círculo vicioso se hace cada vez más cerrado.

La interpretación a este tipo de paciente tiene que tener un componente de reflexión de modo que no piense que ha conmovido tanto al analista y este se ha identificado con ella.

Sesión 3

P: "Vine porque como no puedo decirle a nadie y tengo tanta angustia...por momentos creo no vale la pena no tomar ansiolíticos, porque leí en el prospecto que hace mal en los tres primeros meses del embarazo. (silencio). Si no tengo trabajo me angustio y si tengo también; es muy difícil estar en esta encrucijada. No sé cuando decirle a B., hago un abanico de opciones.

A: "De esa manera no debes decidirte por ninguno."

P: "No sé como variar esta forma elíptica de pensar; quisiera ser una persona más práctica. (silencio) Ayer pensaba que no sé como voy a hacer con el bebé, si es difícil con mis perros, con el bebé mucho más. Cuando doy clases me siento tan insegura; bueno todo no puedo disfrutar, pienso que no sirve para nada saber. B. vino a casa a buscar cosas de él, en ese momento yo estaba buscando en una libreta para dar las clases y de golpe me di cuenta que estaba haciendo cosas para mí. Es el momento que estoy más suelta y no dando examen en forma permanente. ¡Qué cosa siempre pienso que me juzgan!. Cuando iba a la escuela tenía ese dolor en estómago y así no se puede vivir."

A: "Siempre estas en falta y con culpa con tu crítico interno."

P: "Porque no hago las cosas bien, no soluciono nada, hay una fórmula y un momento en que me digo: hago lo que puedo; pero desde que se fue B. cuesta aceptarme, él me acompañaba, no importa que él no hacía nada hasta estuve por llamarlo y pagarle"

para que me acompañe. Lo que me da pena es que cuando haga algo valioso no puedo disfrutarlo."

A: "Cuando hablaste de la fórmula, en realidad me lo estabas pidiéndome a mi, para que sea yo quien te acompañe."

P: "Eso sí estaría bueno."

A: "Parece que no alcanza con mi imagen dentro tuyo."

P: "A veces sí y a veces no."

A: "Depende del tamaño del crítico."

P: "Quisiera que el crítico me diera un descanso. (silencio) Pensaba en la casa, en hacer un orden y decidirme a tirar lo que no sirve, necesito ayuda, no puedo levantar cosas pesadas, querría que viniera un huracán y que lo barra todo, y volver a empezar. No mejorar el presente, tirar el pasado, pero la vida no es así. Ayer S. (su pareja anterior) me pidió que le busque en internet el precio de autos, porque quiere cambiar el que tiene y se puso atrás mío y empezó a decirme: "Sos una estúpida, una tarada, no haces nada bien". Yo le dije: "Esto es gratuito, con no pedirme nada o no verme se soluciona y no tenés que decirme esas cosas." Se quedó en silencio y luego dijo: "No, prefiero seguir relacionándome con vos y así te puedo seguir diciendo todas esas cosas". ¡Que increíble, hasta él se da cuenta lo que me hace, y yo sigo igual!"

En esta sesión aparecen dos aspectos típicos de esta patología, por un lado la conciencia de que la función crítica de su Superyó y la dificultad del terapeuta de interpretar sin tratar de apaciguarlo, por otro el masoquismo tan manifiesto que a pesar de ser expuesto explícitamente por su anterior pareja, ella no sólo no puede evitarlo sino que se nota que lo necesita tal como dice S. Freud en el "Problema económico del masoquismo".

Sesión 4

P: "Tuve un sueño; era en mi casa, en una parte que tiene un desnivel, yo estaba en la parte alta, estaba mi hermana hablando con un hombre, también estaba B. que caminaba agachado, yo le preguntaba que pasaba y el me decía que me calle. B. levantaba el piso y lo doblaba, después estaba mi hermana que escribía junto con B., luego había

desaparecido el piso anterior y ahora era de mármol travertino; B. me decía: “No te preocupes mañana pongo otro”. Luego se llenaba de agua y ¿Qué raro sin peces pequeños? Luego el agua hervía y se transformaba en sangre, como en la película de Wall, me daba mucha impresión. Después me sentaba sola y pensaba: ¿Qué pasaba dentro de las baldosas?.

Me desperté angustiada, y miré el piso y estaba como siempre. Soñar que estaba lleno de sangre, pensé: podía haber tenido un sueño lindo. Ayer me preguntó Florencia si iba a ver una película de terror y le dije que me daba miedo.”

A: “¿Qué asocias con sangre?.”

P: “Lo primero que se me ocurre es que me da impresión, cuando pienso que está dentro de mi un ser vivo, sino me impresionara hubiera sido veterinaria.”

A: “¿Y el piso?.”

P: “Es algo que me gusta mucho, en mi casa con B. colocamos un piso travertino y lo plastificamos. Para nosotros fue una aventura, y nos puso contentos y él le sacó fotos. Las baldosas de travertino fueron las que elegimos con S para la otra casa, les tengo cariño pero no las volvería a elegir.”

A: “¿Hay algo que han hecho B. y vos este último tiempo juntos?.”

P: “Sí, (se sonríe) tal vez tengamos un bebé, y recién a las seis semanas nos vamos a poner contentos, porque se puede perder y eso me pone ansiosa.”

A: “Entonces la sangre es la pérdida del bebé.”

P: “Me angustia que se caiga al piso muerto.”

A: “Que no esté adentro del cuerpo-piso.”

P: “Hoy lo miraba a B. mientras me contaba algo de su trabajo, y yo pensaba: ¿Qué raro tener un hijo con B. o bien yo como madre?. Es raro, no compartíamos más que esto, quiero decir el acompañarnos, nada más.”

La fantasía de un aborto está muy clara en este material, pero también se nota en el diálogo con su analista que está tratando de aceptar la actuación realizada, y un atisbo de

reparación que el terapeuta quizás tendría que avanzar más en esa línea, sobre todo cuando la culpa ha sido apaciguada y existen indicios de deseos de reparar.

Sesión 5

P: "Le consulté a la doctora por los ansiolíticos, y me dijo que tomarlo no es lo mejor, pero que si lo necesito tome muy poco. Me parece raro tener que tomar algo, pero no logro tener la angustia de siempre, es diferente a la que tenía antes. Mi mamá tomó toda su vida mucho, por eso y no quise tomar nunca nada. (Silencio). El otro día, mientras estaba haciendo la producción de una publicidad, me llamó B. y me dijo que le estaba yendo muy bien y también que tenía una fiesta. Me dolió, y me dijo que quería pasar por mi casa para bañarse y cambiarse. Le dije que no, que lo hiciera en otro lado, porque si lo dejo yo me quedo destruida, él me contestó que así no me voy a ir bien de tu casa. Yo me quedé muy mal. Después llegó el ex de mi hermana con ella, fuimos a un bar donde había un mapa de Mar del Plata y ella me dijo debes ir a vivir allí (la madre de ambas vive en Mar del Plata). Entonces sacó un alplax y me lo ofreció.

A: "Salir del masoquismo produce angustia, por que cambia tu vida."

P: "No veo el masoquismo."

A: "Yo pienso que sí, pero duele reconocerlo."

P: "Ahora que me lo dice sí, me doy cuenta, pero lo que pasa es que no tolero que B. tenga su ropa en mi casa. Pensé en cambiar la cerradura. Cuando dice que quiere ver a los perritos me parece bien, pero viene, saluda a la perra, yo le digo que la saque a pasear y me dice que no, y a mi me duele."

A: "El masoquismo es tan notable que cuesta creer que por momentos no te das cuenta."

P: "Cuando lo veo creo que no voy a sufrir, que no me voy a angustiar."

A: "Pero por instantes parecía que te das cuenta."

P: "Lo percibo cuando lo hacen a adrede, pero no así, cuando es inconsciente no me doy cuenta, parezco ingenua. Ojalá me diera cuenta más seguido, pero yo lo trato de evitar porque me da mucha pena."

A : *"Aunque el precio es carísimo"*

P : *"Me llama todos los días para saber como está la perra, que está mal. El veterinario dice que es psicológico, esto sucede desde que se fue, me da pena que no me ayude. Pensé que con el bebé algo le iba a importar."*

A : *"La perra abandonada sos vos, y además sabes que no va a ser así."*

P : *"Tenía el deseo que pudiera decirle a su hijo quien es su padre."*

A : *"Acá se hace más manifiesto tú masoquismo."*

En esta última sesión desarrolla toda la sumisión al objeto amado, además de la dificultad que tiene para tomar conciencia de la misma. Por otra parte tiene bloqueada la posibilidad de pedir ayuda externa verdadera. D. Liberman (1971 pag. 820) dice: "El examen del material clínico permite ver que existen cuatro situaciones centrales que sustentan el equilibrio narcisista, hasta el momento que se produjo el colapso depresivo; ellas son, poder, bienes materiales, afectos de las demás personas y lucha por el logro de metas elevadas. La pérdida de una o varias situaciones provocadas por factores ajenos a la propia persona, o bien por un cúmulo de frustración interior que trae aparejada toda relación de **dependencia** externa, precipita al paciente hacia al colapso depresivo". Como decimos en los antecedentes, estos pacientes no saben o no pueden **depende**r y solamente entienden la relación con los otros como una relación de **sumisión** o **sometimiento**. Así se produce un efecto de retroalimentación; a mayor **culpa**, más **sumisión** y un incremento del **sometimiento incrementa la culpa** hacia su propio Yo, dejado a merced de ataques internos y externos.

Esto explica el difícil tema del masoquismo que desde S. Freud tiene a los psicoanalistas en una situación sin salida, ya que este tipo de pacientes sea que se le muestre su actuar **sometido** a un objeto sádico o bien a su placer en el sufrimiento, van a sentir que su analista está en una situación similar a la de ellos o los está acusando.

Como decíamos en uno de los casos clínicos, la única opción es metacomunicar de manera de hacer sentir al paciente que el terapeuta no quedó atrapado en la misma encrucijada en la están ellos están sumergidos.

CONCLUSIONES

De todos los estudios anteriores deduzco que es importante para el desarrollo del proceso psicoanalítico el tener presente el estilo interpretativo a implementar para tratar a los pacientes, sobre todo a aquellos que tiene una relación muy particular con la **culpa** y la **sumisión**, por su tendencia a dar prevalencia a estos sentimientos y a proyectarlos en el terapeuta.

Esto hace que ambos queden atrapados en situaciones paradójales en las cuales si se interpreta la **culpa** se eleva el sufrimiento del analizando quien rechaza y paraliza la actividad del terapeuta. Si no se la interpreta el paciente se siente no comprendido, desolado y abandonado.

Es necesario en estos casos lograr que el paciente revierta la **culpa** y sus concomitantes la expiación y el castigo que sólo generan más dolor y asuma la **responsabilidad** que le cabe tanto por sus actos como por sus fantasías, estableciendo una relación de **dependencia adulta** con su analista que le permitan desarrollar su capacidad reparadora frente a los supuesto daños inflingidos a sus objetos como un camino hacia la simbolización y una ampliación de su mundo interno.

Lo importante es pues la elección de una interpretación adecuada para salir de dichas situaciones paradójales en las que el error interpretativo incrementa la **culpa** o bien genera el abandono.

Para entender como realizar los cambios estilísticos es decisivo el estudio de lo que nos describe D. Liberman (1972): los estilos del diálogo psicoanalítico basándose en estilos literarios. Cada uno de los estilos del habla de las distintas psicopatologías es una combinación de varios de ellos con prevalencia de uno.

Para determinarlos se debe tomar especial atención a las peculiaridades del habla tales como: altura, timbre, primacía del emisor sobre el destinatario, forma coloquial, forma concisa, entrecortada, silenciosa etc. En otras palabras se estudian los aspectos sintácticos, semánticos y pragmáticos del lenguaje verbal.

Expondremos los elementos lingüísticos y comunicacionales del habla del paciente y del terapeuta y una forma de contrastación. Para un desarrollo sintético de este amplio tema tomaremos las ideas de G. Bateson (1965) y D. Liberman (1970). El primero de estos autores describe tres tipos de comunicaciones según su codificación: *digital*, que

corresponde al lenguaje aritmético, *analógico*, y por último, *gestáltico* cuando se identifican las relaciones de objetos y los hechos del mundo externo; además denomina *ruidos* a todo aquello que perjudica la transmisión del mensaje.

Al incorporar aspectos de la lingüística D. Liberman describió los distintos cuadros psicopatológicos que de una manera particular, en la tesis se han tomado casos, que en esta conclusión repasaré de manera paradigmática y repetiré en cada uno de los cuadros.

A la esquizoidia, como un estilo reflexivo donde la intención es observar y no ser observado; la sintaxis es abstracta.

El paciente llega tarde a la sesión y dice:

P: "El mundo siempre llega tarde".

Por supuesto el analista queda desconcertado porque no sabe a qué se refiere, y puede por error interpretar algo que el paciente sentirá como una agresión. En este caso la interpretación debe incluir a los personajes de la dramática que se desarrolla en el aquí y ahora de la sesión, y donde la **culpa** y la **responsabilidad** formen parte del cuadro de situación.

A: "¡Qué terrible un mundo donde nadie se hace responsable de sus actos, parece que entre nosotros sólo puede haber culpables, de otra manera alguno saldrá castigado!"

Al depresivo, le atribuye un estilo lírico, porque intenta inocular sus afectos y basa su discurso en una distorsión semántica acompañada de íconos (suspiros, exclamaciones, lamentos).

P: "Perdóneme pero llegué tarde porque ... (largo suspiro)"

En este caso el analista, en general se ubica en dos posiciones: Primero: piensa o dice que el paciente no tiene que **disculpase** frente al terapeuta porque el que pierde su tiempo es el propio paciente; o bien le dice que no cuida su tratamiento, en ambos casos el paciente se siente acusado. La interpretación debería guardar una distancia entre el texto verbal del analista y el texto verbal del paciente para que este no confunda sus afectos con los de terapeuta. Tampoco se deben utilizar las palabras **culpa** ni **responsabilidad**, porque siempre serán malinterpretadas.

A: *"Pienso que ninguno de nosotros merece castigo, sino sólo reconocer que es posible tener errores."*

Al psicopata (estilo épico) en el que predomina lo pragmático, dirigido a controlar, manipular y/o inmovilizar al destinatario (terapeuta).

P: *"Doctor voy a necesitar que me cambie la hora así no tengo que llegar tarde"*.

En este caso lo obvio es que el paciente niega alguna **culpa** y mucho menos algo de **responsabilidad**, y trata de proyectarlas en el analista quien es el que debe responder y reparar. La interpretación debe contener una descripción del manejo que el paciente hace del tiempo, del dinero y de su propio discurso y además poner orden en el caos mediante el pensamiento en lugar de la acción.

A: *"Primero debemos aclarar que el que llegó tarde fue Ud., segundo que hace a mi tiempo **responsable** de su tardanza, tercero y no menos importante Ud. impone, que es lo que debe cambiar en nuestro contrato para que Ud. pueda cumplir con su horario."*

A la neurótico obsesivo lo acompaña un estilo narrativo monocorde y aburrido, adormece y paraliza la posibilidad de pensar del analista.

P: *"Cuando a las 7 salí para acá el colectivo 60 se demoró 37 minutos, luego iba tan rápido que me pasé y eso que iba vestido con piloto por si llovía, además las veredas están muy rotas y eso hace que el paso sea más lento. Se que soy **culpable** de no llegar en hora pero creo que merezco cierta consideración."*

La interpretación debe incluir un diálogo donde aparezcan ambos participantes; deben usarse los pronombres personales. Muy importante aclarar que el paciente no puede dejar de acusarse y al mismo tiempo rebelarse contra su Superyó por su crítica.

A: *"Ud. me trata como si fuera un juez que lo está juzgando por su tardanza, además se dice a Ud. mismo que no es merecedor de **culpa** alguna, mientras pide clemencia al crítico interno que no lo perdona. Tampoco le permite hacerse **responsable**, ya que si trata de prevenir o reparar saliendo antes, lo viviría como una acusación."*

Al fóbico o el que sufre de histeria de angustia le atribuye un estilo dramático con suspenso, con alteraciones sintácticas, interrupciones y múltiples dilemas que generan una discusión inútil e interminable.

P: "Cuando trataba de llegar al consultorio me pareció que se me hacía tarde, no? Entonces me dije, noj no me puede pasar esto, no? Apuré el paso, pensé, si hago esto es que me puedo caer, no? Ahí mismo empecé a caminar muy despacito, está claro, y entonces por supuesto no pude menos que atrasarme, no?"

En este caso es necesario, que el analista debe lo evitado, mediante enunciados abstractos como metáforas o refranes, sin utilización de ningún diálogo ni pronombres personales.

A: "El llegar tarde debe ser algo merecedor de un gran castigo, por eso frente a la culpa que se tiene, lo mejor es evitar al enemigo haciendo un gran rodeo."

El histérico de conversión se maneja también con un estilo dramático pero a diferencia del anterior produce un impacto estético con un diálogo seductor que atrae, fascina y frustra al interlocutor.

P: "Ud. doctor cuando yo me demoraba estaba seguramente pensando: ¡Qué le habrá pasado, por qué tarda tanto! Es que yo me dije en realidad ¿qué son veinte minutos más o menos?. (Todo esto fue dicho moviendo las manos y los brazos, como afirmando lo dicho).

En este caso se debe integrar en la interpretación, lo verbal con lo no verbal o gestual, con enunciados abstractos evitando diálogos histriónicos, aclarando qué es lo que trata de no nombrar el paciente, por supuesto su sentimiento de **culpa**.

A: "Tratar de meterse en la cabeza del otro, es no reconocer lo que pasa en la de uno. Siempre que aparece la culpa la mejor manera de no enterarse es pensar qué le pasa a los demás. Poder asumir lo que uno realiza, bien o mal nos enriquece; negarlo nos empobrece."

Cada uno de estos estilos / patologías decodifica los universales semánticos **culpa** y **responsabilidad** según su peculiar forma de entender y escuchar, en función de fantasías inconscientes, es por todo esto que la interpretación del terapeuta debe adecuarse a un contraestilo pensante y hablante que le permita al paciente comprender sin sentirse acusado o descalificado.

Para finalizar asumo que una de las posibilidades de corroborar si la interpretación ha surtido el efecto deseado, es el estudio de las resistencias que el paciente trae a su análisis, que en última instancia son los que determinan su patología; siguiendo a S. Freud las resistencias son del Ello, del Yo y del Superyó.

En la medida en que el paciente deja de transferir sobre el terapeuta sus patrones infantiles de conducta, producto de la resistencia del Yo; cuando logra entender los mensajes del analista sin sentirse acusado o **culpabilizado** como respuesta a la resistencia del Superyó y cuando disminuye la compulsión de repetición, prototipo de la resistencia del Ello, sólo entonces podrá modificar su estereotipado estilo comunicativo y establecer un diálogo más productivo, sin tanto "ruido" (Bateson) generado por los fantasmas internos de cada uno.

Es posible que en estas condiciones se establezca en su análisis esa **dependencia** adulta a la que me referí con anterioridad, que le permita aliviar su estado **culposo** y asumir la **responsabilidad** de sus actos.

Quiero agregar a título aclaratorio que si bien las resistencias inherentes al paciente limitan y disminuyen el funcionamiento de su Yo, gracias a ellas el individuo se defiende de sus angustias y sobrevive en medio del caos de sus neurosis, aún al precio de acotar su vida.

Una última corroboración del resultado del tratamiento es el estudio de la ampliación de las funciones yoicas, la autoobservación, la regulación de la autoestima, la distancia social adecuada, la ansiedad útil preparatoria, la sincronización entre acción, idea y expresión, espectro de funciones que se hace cada vez más amplio y que le permite al paciente un contacto con el mundo menos persecutorio, con un desarrollo de actividades previamente inhibidas o suprimidas, ampliando su universo vital.

BIBLIOGRAFÍA

- Bateson G. (1965) : "Información y codificación", en Rueson J. y Bateson G., en "Comunicación" (La matriz social de la psiquiatría), Ed. Paidós, Bs.As.
- Bion W.R. (1990) : "Volviendo a pensar". Ed. Hormé-Paidós, 1990, Bs.As. Argentina
- Etchegoyen H. (1981) : "Notas para una historia de la escuela inglesa de psicoanálisis" 1981 Revista de A.E.A. de Psicoterapia para graduados, Vol. 6.
- _____ (1986) : "Los fundamentos de la técnica psicoanalítica" Ed. Amarrortu 1986, Bs.As. Argentina.
- Freud S. (1900) : "La interpretación de los sueños", Obras completas, Ed. Amarrortu 1985, Bs.As. Argentina.
- _____ (1914) : "Historia de una neurosis infantil",Obras completas, Ed. Amarrortu 1985, Bs.As. Argentina.
- _____ (1918) : "Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica", Obras completas, Ed. Amarrortu, 1985, Bs.As. Argentina.
- _____ (1923) : "El Yo y el Ello", Obras completas, Ed. Amarrortu, Bs.As. Argentina.
- _____ (1925) : "Algunas notas adicionales a la interpretación de los sueños", Obras completas, Ed. Amarrortu, Bs.As. Argentina.
- _____ (1926) : "El problema económico del masoquismo",Obras completas, Ed. Amarrortu, 1985, Bs.As., Argentina.
- _____ (1926) : "Inhibición, síntoma y angustia", Obras completas, Ed. Amarrortu, 1985, Bs.As., Argentina.
- _____ (1927) : "Dostoievsky y el parricidio", Obras completas, Ed. Amarrortu, 1985, Bs.As., Argentina.

_____ (1930) : "El malestar en la cultura", Obras completas, Ed. Amarrortu, 1985 Bs.As., Argentina.

_____ (1932) : "32º Conferencia sobre la angustia y la vida pulsional", Obras completas, Ed. Amarrortu, 1985, Bs.As., Argentina.

_____ (1937) : "Análisis terminable e interminable", Obras completas, Ed. Amarrortu, 1985, Bs.As., Argentina.

Grinberg L. (1963) : "Culpa y depresión". Ed. Paidós, 1963, Bs.As. Argentina

_____ (1975) : "Supervisión psicoanalítica, teoría y práctica ". Ed. Paidós, 1975, Bs.As. Argentina.

Klein M. (1950) : "Desarrollos en psicoanálisis". Ed. Paidós, 1950, Bs.As. Argentina

Klimovsky G. e Hidalgo C. (1998) : "La inexplicable sociedad" (Cuestiones de Epistemología de las ciencias sociales). 1998, A-Z Editor, Bs.As. Argentina.

Lacan J. (1953/54) : Seminario 1 "Los escritos técnicos de Freud S.". Ed. Paidós, 1954 España.

_____ (1955/56) : Seminario 3 "Las psicosis", Ed. Paidós, 1985, España.

_____ (1959/60) : Seminario 7 "La ética del psicoanálisis", Ed. Paidós, 1997, España.

_____ (1962/63) : Seminario 10 "La angustia". Ed. Paidós, 2005, Bs.As. Argentina.

_____ (1964) : Seminario 11 "Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis". 1993, Bs.As. Argentina.

_____ (1965) : Escritos 1. 1998, Ed. Siglo XXI, Bs.As., Argentina.

_____ (1965) : Escritos 2. 1987, Ed. Siglo XXI, Bs.As. Argentina

Lieberman D. (1970) : "Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico". Tomo I, Ed. Galerna, 1970, Bs.As. Argentina.

_____ (1971) : "Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico".

Tomo II, Ed. Nueva Visión, 1971, Bs.As. Argentina.

_____ (1972) : "Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico"

Tomo III, Ed. Nueva Visión, 1972, Bs.As. Argentina.

Meltzer D. (1980) : "El proceso psicoanalítico". Ed. Hormé-Paidós, 1980, Bs. As.

Nejmkis J. y otros (1986) : "Los celos posesivos". Revista "Psicoanálisis", 1986,

Vol. VIII, Bs.As. Argentina.

Pichon Riviere E. (1947) : "Psicoanálisis de la esquizofrenia". Revista de Psicoanálisis". Vol. IV, Bs.As. Argentina.

Searles H. (1965) : "Problems of psycho-analitic supervisión". Searles H. Collected

Papers on Schizophrenia and related subjets". New York, International Universities Press, 1965.

Winnicott D. W. (1962) : "La culpa en el psicoanálisis" en " El Psicoanálisis y Pensamiento contemporáneo", J. D. Sutherland y otros" Ed. Paidós, 1962, Bs.As. Argentina.