

insight específico y personal, que pueden referirse como parte del glosario personal.* Una vez que los puntos del glosario personal han sido establecidos, pueden traer consigo un rápido enfoque sobre el problema y servir como base frecuente para un futuro re-compromiso. La frase “dinero en el banco”, con frecuencia atravesó asociativamente la angustia y la resistencia, y ayudó a identificar, así como a estimular el progreso con los problemas de venganza y alejamiento.

Se ha demostrado que los pacientes pueden comprometerse rápida e intensamente a través del uso de los sueños, tanto al principio como en cualquier momento del análisis. Se plantea la cuestión de si tal compromiso energético, especialmente al principio del análisis, puede movilizar la angustia y la resistencia más allá de la capacidad del paciente para hacerlo con sus propios recursos saludables. Creo que el verdadero acto de participación en el examen de los problemas básicos de la personalidad, está en el reconocer, durante el proceso, que estos problemas no son sólo identificables, sino que también pueden, de esa manera, tener una posible solución. Ésta es una experiencia saludable. Además, creo que esto puede operar más para fortalecer al individuo y alentarle a una exploración posterior y a la autoexposición, que para ensombrecerlo y estimular su evasión.

El compromiso es una de las funciones principales del analista; debe verse como un esfuerzo por ayudar al paciente a movilizar sus recursos personales para lograr un acercamiento colaboracionista, más efectivo para la solución de las alteraciones de su personalidad. Particularmente en las fases primeras de la experiencia analítica, aun en su periodo inicial, el uso de los sueños para comprometer al paciente deviene en inducción educativa dentro del proceso terapéutico total, especialmente en la exploración de los sentimientos, en el uso de los procesos asociativos, y en el riesgo de una íntima actividad cooperativa. Aparte de todas las demás consideraciones clínicas de la significación de los sueños, uno de sus mayores valores es que pueden servir como base efectiva, en ocasiones la más efectiva, para el compromiso terapéutico.

FENÓMENOS DE PERCEPCIÓN ÓPTICOS REGRESIVOS AL INICIO DE LA TERAPIA DE UNA PERSONALIDAD NARCISISTA *

Friedhelm Stretzki

EN LOS últimos años se ha dado creciente importancia en la literatura a un fenómeno al que me referiré empleando el término “alucinación benigna”, que se ha venido aplicando en publicaciones angloamericanas. Estas alucinaciones son desde hace tiempo conocidas del psiquiatra y del psicólogo; el adjetivo “benigna” se emplea con el fin de diferenciarlas de aquellas que se dan en el marco de enfermedades esquizofrénicas, y en especial de las alucinaciones acústicas de voces imperativas, acusatorias y de referencia.

El nuevo interés por este fenómeno surgió a raíz del uso medicinal, pero sobre todo por el empleo privado, de significación social, de drogas alucinógenas. Asimismo incrementaron el interés las investigaciones realizadas sobre la privación sensorial en condiciones de experimentación o naturales, como las dadas en el accidente minero de Lengede. Hoy día sabemos de la existencia de toda una serie de condiciones fisiológicas y patológicas para la aparición de alucinaciones benignas. Desde hace tiempo también se ocuparon autores psicoanalíticos de estos fenómenos alucinatorios; muy conocido es el trabajo de Isakower [1] acerca de estas experiencias al dormir. Últimamente Ziolk [9] hizo una exposición completa en su trabajo “Alucinaciones y neurosis”.

Mi tesis es que estas alucinaciones tienen carácter sustitutivo y cumplen la función de realizar deseos. La carga pulsional se desvía hacia huellas anémicas de satisfacciones anteriores confiriéndoles una intensidad alucinatoria. Por lo menos en algunos casos, las alucinaciones parecen desempeñar una función de adaptación a la realidad. Resulta interesante que en cuanto a estas alucinaciones que llamamos benignas —en contraposición a las alucinaciones de casos de esquizofrenia, por ejemplo— se trate preponderantemente de alucinaciones ópticas.

En este trabajo me ocuparé de fenómenos ópticos a los que se ha dado en llamar desde Urbantschitsch [8] “visiones ópticas subjetivas”. Son fenómenos sensoriales tan definidos que parecen perceptibles y que proyectados en el espacio exterior tienen el efecto de objetos ópticos, a pesar de la clara conciencia de que las imágenes no son concretas. Eugen Bleuler las clasificó entre las pseudoalucinaciones como “alucinosis con un juicio de la realidad implícito”.

* Conferencia sustentada en la asamblea de la Sociedad Psiquiátrica Alemana en Gotinga, el 10 de octubre de 1970. Dedicada a mi maestro Fritz Riemann.

* Traducción de Gertrudis Saemisch.



El paciente, bachiller de 22 años, que cumplía su servicio militar, vino a terapia después de un intento de suicidio con barbitúricos y un tratamiento psiquiátrico posterior. El psiquiatra que lo remitía lo encontró gravemente esquizoide. Motivo del intento de suicidio había sido una relación amorosa incipiente con una mujer de la edad de su propia madre. Había sido ésta la primera relación estrecha con una persona.

El hombre era llamativamente hermoso, delgado, joven, con capacidades intelectuales por encima de las normales. El orientador profesional lo había encontrado extraordinariamente dotado para los idiomas igual que para las matemáticas y las ciencias naturales. Parecía retraído, distanciado y añorado, casi blando. Para él su problema radicaba principalmente en su incapacidad para relacionarse, en su apatía y en su desgano general por vivir. Por lo demás no lo aquejaba nada y nunca había enfermado. Sólo en el curso de la terapia pudo expresar sus fantasías masivas de grandeza y omnipotencia. Así, tenía la sensación de que el material de las lecciones de física tenía que asimilarse atmosféricamente, por decirlo así, soslayando el proceso de aprendizaje. También reveló haber pensado para sí durante muchos años que era una especie de Cristo y que tenía que cumplir un destino semejante.

Al principiar la terapia tuve la sospecha de que se trataba de una esquizofrenia incipiente, diagnóstico que se apoyaba tanto en un fuerte tic periorcular —que, según el paciente, sólo se presentaba durante la sesión de análisis— como también en datos acerca de alucinaciones acústicas. El paciente refirió que “oía voces”. En una ocasión escuchó a su amiga decir: “¡Qué bueno que volvemos a estar juntos!” Sin embargo, estaba seguro de que ella no había dicho nada. Los tics desaparecieron completamente durante las primeras 100 horas de análisis. El paciente no volvió a mencionar que oyera voces. Durante la sesión misma no hubo nunca indicaciones de alucinaciones acústicas. Por mi parte, ni en la fase inicial de la terapia ni posteriormente tuve el temor de que el paciente se volviera psicótico.

La terapia se llevó a cabo, por deseos del paciente, en posición yacente sobre el diván, al principio con cinco sesiones semanales y más tarde con cuatro.

Las visiones ópticas subjetivas surgieron por vez primera al principio del análisis y se repitieron en el curso de la terapia hasta la septuagésima sesión, y sólo ocasionalmente hasta la centésima. Las imágenes se localizaban al pie del diván, probablemente a la altura de los ojos de una persona. Al principio de la terapia se imponían al paciente, el que, sin embargo, podía distanciarse de ellas en todo momento con sólo mover la cabeza o cerrar los ojos. Una gran parte de la sesión se iba en su descripción minuciosa. Primero fueron visiones estáticas a las que se refería el paciente como naturalezas muertas u óleos; más tarde fueron móviles, como en la televisión a colores o en el cine enmarcadas por una pantalla. Con frecuencia, el paciente ponía énfasis en el absoluto silencio de las imágenes móviles. Repetidamente mencionó sinestesias orales y percepciones cenestésicas, que se presentaban simultáneamente con las visiones.

Nunca dió señales visibles de angustia, como podría esperarse por el contenido de las visiones; al contrario, por lo regular durante las minuciosas descripciones parecía ser típico un “callado, calmado bienestar” [Balint, 1].

Para ser más evidente, describiré a continuación el contenido de una serie de imágenes. Sin embargo, no entraré en detalle, por interesante que sea su transformación en el avance del análisis. Me ocuparé principalmente de los aspectos formales de las visiones.

En las sesiones iniciales aparecían en primer plano visiones sin objetos vivientes, como una “naturaleza muerta con árbol de navidad”, o una “vasija llena de un líquido blanco como leche, que se desparrama indefinidamente”.

Más tarde surgieron motivos que parecen corresponder al sentimiento narcisista-oceánico, como lo describe Balint. “Estoy nadando en un líquido viscoso, callando, mudo”, o “Un feto en el fondo de un lago, unido a la tierra por un gigantesco ombligo”, o “Estoy tendido en las fauces de un gato montés, completamente tranquilo, completamente callado, como si flotara”.

A partir de la trigésima sesión se repiten los motivos sadomasoquistas. “Me cortan en pedazos; observo cómo me destazan lentamente,” o “Mi tronco es rebanado como un salchichón,” o “Estoy sentado en la bolsa embrionaria de mi madre, a la que usted descuartiza, le corta la cabeza y el tronco en pedazos. A mí no me pasa nada porque estoy tan chiquito que no me ve.”

Espero que estas breves descripciones del contenido alcancen a dar una idea del mundo de imágenes del enfermo. Son motivos que encuentran su correlación más próxima en las Mitologías. En general encuentro un claro paralelismo entre “el mundo de imágenes simbiótico-preedípico” del paciente y los niveles de desarrollo mitológico-psicológicos descritos por Erich Neumann [6].

Las visiones narcisistas-oceánicas mencionadas antes equivalen en la terminología jungiana y la de Neumann al nivel Uroboro; las masoquistas, con sus motivos crueles de destasamiento, al nivel del incesto matriarcal en el ámbito de la “terrible inmensa madre”. Nos es conocido el tema por los cultos antiguos de Atis, Adonis, Dionisio y Osiris. En el arte actual hay correlaciones con las acciones de Hermann Nitsch.

En la literatura se hicieron repetidas comparaciones entre las visiones ópticas subjetivas y las imágenes oníricas. Ziolkó las describe como más directas, singulares y más estáticas que las de los sueños.

Tenía yo la ventaja de poder observar las visiones y los sueños durante un tiempo bastante largo. En cada tercera o cuarta sesión traía el paciente uno o más sueños que relatara al principio de la misma, como si entregara una mercancía a la que no volvía a dirigir su atención. Apenas en la quincuagésima tercera sesión empezó a referir con más participación emocional un sueño y se ocupó de él durante toda la hora. Dijo entonces: “Este sueño es distinto de los demás. ¡Repentinamente sentí algo y eso no ocurría antes jamás!”



Significativamente se reflejó con toda claridad en este sueño la transferencia de la madre sobre el terapeuta. El contenido de los sueños anteriores parece difuso en comparación con las visiones; con frecuencia, en detalle no revelan nada de la gravedad de la alteración psíquica del paciente. Son, por ejemplo, sueños de exámenes, o sueños con temas de homosexualidad, y también “sueños edípicos” en los cuales hay un enfrentamiento con el propio padre, el cual con raras excepciones no aparece jamás en las visiones. Por el contrario, nunca soñó con figuras maternas o con su propia madre hasta la sesión quincuagésima séptima, en la cual relató un sueño masivo de incesto. En las visiones, en cambio, la exposición de figuras maternas ocuparon un lugar principal.

Lo interesante en esta comparación de visiones y sueños no es el hecho de que los sueños manifiestos ofrezcan un material predominantemente “edípico”; esto nos es conocido de fases primeras del análisis de pacientes graves, y se interpreta como una defensa del yo ante el temor a los deseos amenazadores preedípicos. Resulta sorprendente que estos mismos deseos preedípicos se expusieran sin censura en las visiones que aparecieron durante la sesión, y sólo en ellas. Tal parece que la censura no estuviera tan desarrollada como en los sueños, posibilitando de esta manera una regresión mayor.

Los sueños y las visiones parecen atravesar por los mismos niveles de transferencia en los que se da el análisis; el “nivel edípico de la transferencia del padre”, por una parte, y el nivel preedípico de la transferencia de la madre, por la otra.

El padre desempeñó en las ocurrencias del paciente durante esta fase, un papel especial. Se le describió como un padre que castigaba y golpeaba, que se comportaba amorosamente sólo cuando el hijo enfermaba; pero también se le describió como a un débil desamparado, que en vano solicitaba los favores de la madre. De manera similar se comportaba el paciente en la terapia. A como diera lugar ocultaba sus sentimientos de superioridad ante el terapeuta; para ganarse su amor, y conservarlo, tenía que hacerse pasar por enfermo y desamparado; ya en camino al análisis, como él mismo lo formuló en una ocasión, tenía que “volverse sistemáticamente enfermo y desamparado”, sobre todo cuando se sentía especialmente fuerte y superior al terapeuta, como después de un juego de tenis.

Sabemos que no es fácil seguir a lo largo del texto de ideas y sueños del paciente, el segundo nivel de transferencia, el llamado preedípico. Con frecuencia sólo se le puede percibir por cierta “coloración” del material y en seguida llaman la atención los deseos de dependencia del paciente y los sentimientos de angustia y culpa por sus fantasías de grandeza.

Heinz Kohut [3] con su escrito “Formas y transformaciones del narcisismo”, hizo una importante contribución para el mejor entendimiento de este nivel se le describió como a un débil desamparado, que en vano solicitaba los de transferencia. Habla de transferencia de espejo. Según esto, el paciente ve al analista como una persona aparte, y es importante para el paciente sólo por lo que toca a las necesidades que provienen de su “grandioso yo”

(Kohut) y que han sido reactivadas por la terapia. Kohut cree que el paciente intenta, en esta fase, reconstruir aquella época en que “el brillo en los ojos de la madre” refleja las actitudes exhibicionistas del niño y la participación maternal en la felicidad narcisista del hijo, confirmando así el respeto a sí mismo y guiándolo por caminos más realistas mediante una selectividad cada vez más pronunciada. Al terapeuta sólo se le concede el papel de un espejo (en el sentido en que el infante se refleja en el brillo de los ojos de la madre) del narcisismo infantil del paciente. La tarea del terapeuta durante esta transferencia de espejo consiste en volver conscientes las fantasías de grandeza del paciente respetando el límite de tolerancia. Cuando hay perturbaciones de la transferencia pueden darse regresiones como las describe Kohut, una fragmentación temporal del yo relacionada con una carga narcisista, y una concentración temporal aislada de las cargas narcisistas en partes del cuerpo, en funciones mentales y en actos.

Soy de la opinión que el análisis del paciente en esta fase de la terapia ocurrió al nivel de la transferencia de espejo, y en el sentido literal que le da Kohut, según el cual corresponde el espejo al brillo de los ojos de la madre.

El paciente, por su parte, proporcionó una serie de datos en el sentido de que la situación analítica era para él como la situación original de espejo de la relación madre-hijo. Solía hacer comentarios como el siguiente: “Cuando entré tenía usted una mirada de desconsuelo.” O “Tenía usted una mirada tan fija.” El recuerdo superpuesto que refirió el paciente en el diálogo preparatorio a las sesiones y que le ocupó mucho durante el análisis, también revela el significado que para él tenían los ojos de la madre:

“Juego en el jardín, mi madre me ve desde la ventana, tiene la cara rígida y una mirada de desconsuelo.”

El recuerdo del paciente quizá se apegue a la situación real. Muy probablemente corresponde a la época del primer año de su vida cuando la madre enfermó de artritis; aun cuando la madre no estaba endógenamente enferma, sí había caído en una depresión reactiva. Según opinión del paciente no estaba siquiera en condiciones de llevarlo en brazos. Faltaba literalmente el brillo en los ojos de la madre, que para el niño es reflejo de la aceptación y confirmación de sus necesidades.

Otro ejemplo de la significación del espejo para el paciente es la primera frase que pronunció en el análisis: “Es como si sobre de mí y detrás de mí (allá donde el paciente supone al terapeuta) estuviese colgado un enorme espejo.” Más tarde tuvo la impresión de que un inmenso ojo pendía sobre él. En sus visiones apareció este tema del ojo repetidamente. Así en la sesión decimioctava.

“Un inmenso ojo está suspendido encima de mí. Es un ojo de mujer. Puedo distinguir las venas, como cuando alguien se inclina sobre mí.”

Estas ocurrencias y visiones del paciente, así como la peculiar distribución de las imágenes en el cuarto, al final del diván, a la altura de los ojos de una persona, me hicieron pensar en la posibilidad de una relación genética



entre el hecho de las visiones y la temprana situación de espejo que se da entre madre e hijo.

Antes de profundizar en esto, quisiera entresacar una parte del protocolo de la sesión trigésimo séptima, que muestra, por una parte, la complicada situación transferencial, y por la otra, el típico desencadenamiento de la visión de imágenes. En la sesión anterior el paciente había manifestado por vez primera sus sentimientos de superioridad con respecto a su padre y al terapeuta.

Paciente: "Por cierto que también soñé con usted."

Sueño: "Es un cuarto muy estrecho con un diván y una silla. Llora sin parar y, sin embargo, le robé panecillos de su alacena. Tengo la sensación de estar representando un papel. Es como si usted no tuviese tiempo para mí y observara siempre el reloj; como si ya tuviera puesto el abrigo para salir. No dice lo que piensa, que ya tiene una teoría de la que me enteraré sólo hasta el final. Me dice que debiera estudiar idiomas, lo que me alegra. Sin embargo, continúo llorando. Lo más evidente es su deseo de irse. Es como si estuviera yo sentado ante un juez." —Silencio—

Terapeuta: "Usted me dio a entender en la sesión anterior que se siente superior a mí, igual que a su padre, y también se imaginó cómo vengarse de su padre."

Paciente: "Sí, lo del sentimiento de superioridad ya me lo había dicho mi padre, cuando tenía yo 10 años. Decía que había que quitármelo a golpes. Tengo que llorar y llorar para que usted no se vaya aún. Escondo los panecillos en la bolsa. No tengo idea de lo que pasa. Me siento igual que la primera vez. A los seis o siete años empecé a robar. En ese tiempo ya era yo muy empecinado; no me dejaba conmovido cuando mi madre lloraba. Le robaba dinero para regalarle algo a mi padre."

El paciente guarda silencio durante uno o dos minutos. Luego dice:

"Tengo otra vez una de esas visiones. Me hallo en el agua, boca arriba, en el mar. Las olas me sostienen. Estoy inmóvil, amoldado a ellas, de tal modo que aún alcanzo a tomar aire." Luego prosigue: "Espero que usted diga algo. ¡Es tan fatigoso hacer que otros hablen!"

Diré ahora algo sobre las condiciones en las que surgían las visiones. La primera, como ya dije, era la situación analítica. El paciente veía imágenes sin excepción durante la sesión de análisis, mejor dicho, en la situación de transferencia de espejo. Exigía del terapeuta una disposición total a escuchar pacientemente, un sentido claro del momento y la dosificación de la intervención, sobre todo, algo que yo llamo el estar fascinado por una personalidad narcisista tan perturbada. Mi tesis es que las visiones se presentaban por lo regular cuando la situación que propiciaba la transferencia de espejo se veía alterada. Si estudiamos nuevamente el protocolo nos percataremos de la tensión afectiva en la que se encuentra el paciente, una tensión que él no parece vivir en la medida adecuada.

Podríamos suponer que esta tensión revela el miedo real al castigo por sus fantasías de venganza en contra del padre (situación edípica). Sin em-

bargo, me inclino a creer que este miedo se relaciona con mi interpretación primera de sus fantasías de grandeza; es más bien miedo a perder el amor (situación preedípica).

Sea como sea, está bien claro que a la visión de las imágenes antecedió una pausa de silencio durante la cual esperaba el paciente una intervención del terapeuta. El silencio prolongado y la tensión angustiada del paciente (probablemente debida al silencio), constituyeron la condición única y directa para la aparición de las visiones. Esto era tan evidente, que tuve la sensación de que podía, como si se tratara de un experimento, provocar las visiones mediante la dosificación de mi silencio.

Otra situación desencadenadora evidente fue el anuncio de una interrupción doble de la terapia por parte del terapeuta y en una ocasión por parte del paciente. En estos casos el miedo a la pérdida del objeto amado tuvo un papel claramente desencadenador.

El paciente vivía el silencio y la ausencia del terapeuta como ofensa narcisista; es decir que el terapeuta en ese momento no era el espejo que está ahí sólo para él, reflejando sus necesidades en una actitud de concesión; sino que es alguien que responde a sus propias necesidades, que calla, sin consideración (eso opina el paciente), o se va.

En el título de este trabajo hablo de fenómenos regresivos de la percepción, con la esperanza de que encuentren cabida en nuestro aparato conceptual psicoanalítico, especialmente en la teoría estructural.

Este fenómeno de las visiones puede enfocarse como una regresión funcional del yo. La regresión no ha de entenderse como un retroceso sino como un proceso de liberación y de desinhibición de antiguos modos de funcionar. Anna Freud opina, sin embargo, que en contraste con la regresión pulsional, los movimientos retrógrados en el ámbito del yo, no conducen a posiciones adoptadas antiguamente, ya que no existen aquí puntos de fijación.

Quiero exponer, en este contexto, mis ideas apoyadas en las hipótesis de Freud sobre el desarrollo del narcisismo primario y la formación ideal del yo. Partiré de la premisa de Freud: "El desarrollo del yo consiste en un distanciamiento del narcisismo primario y crea un intenso anhelo por recobrarlo."

Lampl de Groot [4] describió, siguiendo a Freud, la génesis del ideal yoico como una subestructura del yo y simultáneamente como una instancia satisfactora de necesidades. Tenía la idea de que la realización de deseos por la vía de la alucinación precedía con mucho al ideal yoico —como ya lo había formulado Freud— y que en el curso del desarrollo era sustituida por fantasías de grandeza y omnipotencia, y más tarde por fantasías sobre la omnipotencia de los padres, hasta desembocar en la formación de la ética y los ideales, a consecuencia de la desilusión por los padres.

Kohut ha subrayado enfáticamente la participación de la libido narcisista en la construcción del ideal yoico y, con ello, la significación de la libido narcisista para el desarrollo del yo en el terreno de lo normal en sí.



Según este autor, la secuencia genética sería, entonces (él mismo no la formuló de esta manera):

- 1) Narcisismo primario.
- 2) "Sí mismo" narcisista o grandioso.
- 3) Imagen idealizada de los padres.
- 4) Ideal del yo.

En nuestro trabajo analítico hemos podido observar movimientos regresivos de un nivel de desarrollo superior a uno inferior; por supuesto también al contrario. Consideramos, en nuestra labor terapéutica, que es un paso indispensable el que el paciente llegue al punto de renunciar a sus ideales (infantiles) en favor de una idealización temporal del terapeuta, entendiéndola como una regresión en el análisis.

También hemos visto con frecuencia, precisamente en pacientes narcisistas, por ejemplo durante las vacaciones, un retroceso del terapeuta idealizado hacia una actitud autárquica ligada a ideas de grandeza, del nivel del "sí mismo grandioso".

Soy de la opinión de que mi paciente nunca pasó en toda su dimensión ese nivel del "sí mismo grandioso" de tal modo que ante ofensas narcisistas sólo le quedaba la regresión a las visiones como una satisfacción óptico-alucinatoria de deseos, posición intermedia, ésta, entre narcisismo primario, o, como diríamos hoy, interrelación simbiótica por un lado, e ideas infantiles de grandeza, por el otro. A este nivel de regresión el paciente se hallaba tan relajado, aun en situaciones afectivas muy tensas, que podemos aplicar la cita de Balint del bienestar tranquilo, y esto a pesar de los contenidos tan frecuentemente angustiosos de las visiones.

Por lo anterior, opino que el aspecto funcional o formal de las visiones ópticas subjetivas tiene aquí mucha importancia.

Un pensamiento parecido lo expresó Lewin [5] con respecto al sueño, al que concibe como una regresión al estrato afectivo del bebé que ha saciado su hambre y se queda dormido en el pecho de su madre. En una serie de sueños encontró que estaban proyectados sobre un fondo parecido a una pantalla que refleja, en su opinión, el recuerdo visual del pecho materno.

Spitz [7] modificó el concepto lewiniano con base en sus investigaciones en lactantes. Según él, la primera percepción visual no es el pecho sino el rostro de la madre. En el acto de amamantar, el niño fija su vista en el rostro de la madre de tal modo que los estímulos bucales y el contacto visual forman una unidad indiferenciada del tipo de una "Gestalt".

Spitz acentúa la significación del rostro materno, en especial de la parte próxima a los ojos, al señalar una constancia mayor de la percepción óptica, y de la satisfacción de los deseos relacionada con ella, en comparación con la percepción cenestésica, anterior de hecho, del ámbito de lo oral y del sentido del tacto, percepción que puede perderse momentáneamente durante el amamantamiento.

Quizá se encuentre aquí la explicación de que los fenómenos alucinatorios referidos se manifiesten preponderantemente en una forma óptica, a pesar de que habiendo surgido del mundo de vivencia cenestésico pertenezcan a un nivel de regresión anterior.

RESUMEN

El presente trabajo pretende tentativamente enclavar dentro del modelo estructural psicoanalítico, el fenómeno clínico de las visiones ópticas subjetivas.

Se partió de la tesis de que la libido narcisista participa en una medida considerable en la construcción del yo, y en especial en el desarrollo del ideal yoico. Podemos hablar del desarrollo de la libido narcisista en forma análoga a como nos referimos al desarrollo de la libido objetal y, en esta forma, seguir los movimientos regresivos hacia posiciones que se desencadenan cuando hay ofensas narcisistas.

En el caso expuesto, se trata de regresiones de la posición de las ideas infantiles de grandeza a la posición de la satisfacción alucinatoria de deseos postulada teóricamente por Freud, incluso con respecto al lactante. Hay una nueva carga de las vivencias perceptivas ópticas infantiles, tendientes a la satisfacción de necesidades. La estructuración formal de las imágenes parece apoyarse genéticamente en las percepciones tempranas del rostro de la madre.

Una observación final:

Estamos acostumbrados a juzgar a nuestros pacientes de acuerdo con el nivel de desarrollo de su libido objetal —incluso nuestro modelo estructural de la neurosis se basa finalmente en este criterio. Quisiera poner a discusión si la observación de los niveles de desarrollo de la libido narcisista no puede contribuir a una mayor diferenciación.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Balint, M., "Primäre Objektliebe". En *Die Urformen der liebe und die Technik der Psychoanalyse*. Fischer, 1969.
- [2] Isakower, O., "Beitrag zur Pathopsychologie der Einschlafphänomene". *Int. Ztschr. f. Psychoan.*, vol. XXII, 1936.
- [3] Kohut, H., "Formen und Umformungen des Narzissmus". *Psyche*, núm. 20, 1966, p. 561.
- [4] ———, "Die psychoanalytische Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen". *Psyche*, núm. 23, 1969, p. 321.
- [5] Lampl-de Groot, J., "Ich-Ideal und Über-Ich". *Psyche* núm. 17, 1963, p. 321.



- [6] Lewin, B. D., "Reconsideration of the Dream Screen". *Psychoan. Quart.*, vol. XXII, 1953.
- [7] Neumann, E., *Ursprungsgeschichte des Bewusstseins*. Rascher, Zurich, 1949.
- [8] Spitz, R. A., *Von Säugling zum Kleinkind*. Klett, Stuttgart, 1967.
———, "Die Urhöhle". *Psyche*, núm. 9, 1955, p. 641.
- [9] Urbantschitsch, V., *Über subjektive optische Anschauungsbilder*. Deuticke, Leipzig, 1907.
- [10] Ziolko, H. U., "Zur Bedeutung spontan-eidetischer Erscheinungen in der Psychiatrie". *Zschr. f. Psychotherapie u. med. Psychologie*, 1953, p. 171.
———, "Halluzinationen und Neurose". *Psyche*, núm. 24, 1970, p. 40.

KINGSLEY HALL: LA POLÍTICA DE LA LOCURA *

Morton Schatzman, M. D.

HAY RAZONES para creer que el ver a alguien como si fuera un enfermo mental, el catalogarlo como enfermo mental y el tratarlo como si fuera un enfermo mental, condiciona a esa persona para actuar como si fuera un enfermo mental.

Cuando la gente cree que alguien es un enfermo mental, lo trata de manera diferente y espera que él piense, sienta y actúe de manera extraña. Consideran lo que él hace y dice como signos de enfermedad. Hasta donde sabemos, el decirle a una persona que padece una enfermedad física como un tumor, que está enferma, no afecta el curso del mal, pero el decirle a una persona que es un enfermo mental, la afectará y puede llevarla a actuar o a representar su idea de enfermedad mental.

Rehusar a catalogar ciertas experiencias y conducta como enfermas, no quiere decir que uno no vea que son extrañas. Sin embargo, lo que en algunos círculos sociales es considerado como rareza o importuno, en otros no lo es. Muchas personas "enfermas mentalmente" necesitan tiempo, espacio y estímulos para hacer y ser más de lo que hasta entonces se les ha permitido.

Tres psiquiatras británicos, los doctores David Cooper, Aaron Esterson y R. D. Laing, propusieron lograr que esto fuera posible. Con algunos colaboradores y amigos, fundaron la *Philadelphia Association Ltd.*, una institución de beneficencia que ha patrocinado una casa y que se ha afiliado con algunas otras en las que personas que han sido o que pudieran ser diagnosticadas como "enfermas mentales" han vivido fuera de hospitales psiquiátricos.

Prefirieron abandonar el modelo médico existente para esa clase de conducta para la que no ha sido encontrada ninguna causa física y que se conoce como enfermedad mental. Pensaban que el modelo médico actúa como una restricción tanto sobre el personal como sobre los pacientes y sirve como una defensa del personal *en contra* de los pacientes. Sin la defensa, ¿qué sucedería a sus pacientes, que ya habían dejado de ser pacientes, y a ellos mismos?

En 1962, Cooper había desjerarquizado un pabellón de un gran hospital psiquiátrico de las cercanías de Londres. Había deseado "permitir un mayor

* Adaptado de "Madness and Morals", un artículo publicado en *Counter Culture: The Creation of an Alternative Society*, editado por Joseph Berke (Londres: Peter Owen, 1970).

Traducción de Lucila Tercero V.

