

Bliss Mental Health Center, lo denominaron grupo psiquiátrico.

El estudio fue hecho mediante un método de evaluación psiquiátrica: doble ciego modificado, por considerarlo esencial para la objetividad en este estudio de 100 pacientes. Los grupos a su vez fueron subdivididos en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal y pacientes con epilepsia no temporal, tratando de obtener con esto una homogeneidad en cuanto a sexo, edad, diagnóstico y origen social. Se sirvieron también del E.E.G. con sus variantes. A todos los pacientes se les efectuó una historia clínica de su trastorno convulsivo, E.E.G. y examen neurológico; después se les envió con un experimentado psiquiatra para un examen de su *status* mental; todo esto basado en un criterio específico para clasificación nosológica; también se realizó una investigación relativa al funcionamiento del paciente en su ambiente familiar, de trabajo y social.

Se determinó también si la disminución o aumento de las crisis estaban en relación con la aparición, desaparición o exacerbación de los síntomas mentales.

A los pacientes con I.Q. menor de 70 se les rechazó.

Los resultados fueron:

Diagnósticos psiquiátricos variables en ambos grupos sin predominio de algún tipo de patología mental en uno u otro grupo.

Se estudiaron las esferas de la conducta, pensamiento, lenguaje, molestias somáticas, *insight*, deterioro en el juicio, y no se encontraron diferencias importantes para ambos grupos. También se estudió la edad de aparición de los ataques y la de la enfermedad mental.

Los autores, después de este exhaustivo estudio, concluyen que la epilepsia del lóbulo temporal no puede ser diferenciada por manifestaciones psiquiátricas en

vista de que éstas ocurrieron en ambos grupos en gran proporción.

Infiere que la diferencia en el método de investigación, la clase de datos recogidos y variaciones en edad, sexo y estado socioeconómico puedan explicar estos resultados contradictorios a lo anteriormente publicado.

F. DEL VILLAR

“Colloque de la Société Psychanalytique de Paris: La Regression.”
Revue Française de Psychanalyse,
vol. XXX, núm. 4, 1966.

Se publican aportaciones teóricas, clínicas y terapéuticas relativas al tema de la regresión. Nos referiremos a los trabajos presentados por R. Baraude e I. Baraude, porque se evidencia en ellos una mayor evolución ante el concepto clásico de regresión (R.) El término regresión, a menudo equívoco, a veces eficaz, es de significado polivalente, responsable de múltiples confusiones. J. Arlow, en 1963, aclaraba algún error metodológico pertinente. Por ejemplo, es fácil confundir el nivel de regresión con la representación manifiesta contenida en un síntoma: como si la manifestación específica (anal, oral, etc.) bastara para probar la evidencia de la regresión a niveles de desarrollo donde esos rasgos predominan. También se olvida que ciertos rasgos de los “instintos parciales” pueden persistir toda la vida. A través de un estudio histórico y evolutivo, R. Baraude resume la cuádruple acepción del término en las hipótesis freudianas de la regresión. En la *Interpretación de los sueños*, Freud describe la regresión como: 1) Mecanismo psicológico (regresión tópica). 2) En el nivel clínico como proceso de regresión histórica (regresión

temporal y regresión formal). 3) En un plano conceptual, con los significados de regresión ontogenética y regresión filogenética. Entre 1905 y 1915 se desarrolla la significación ontogenética (psicobiológica) de la regresión. Las formulaciones de Freud de este periodo implican la “realidad” del retorno a un estado anterior: “La regresión, esencia de la enfermedad psíquica, consiste en un retorno a estados anteriores de la vida afectiva y funcional.” A esta concepción corresponden las actitudes contemporáneas que se oponen afirmando que, “el retorno es aparente” o “no hay nunca retorno a un estado anterior”. En 1917, Freud abandona el concepto tópico y recurre al concepto de fijación. La noción de regresión es reducida a un valor puramente descriptivo (concepto fenomenológico) y es la fijación la que recibe lugar privilegiado como proceso determinante de las neurosis. En 1920 la hipótesis del instinto de muerte es ligada al de regresión, y se llega a la definición de un “carácter regresivo” fundamento del automatismo de repetición en general y del instinto de muerte en particular. En 1926 la regresión es concebida como resultado de una acción defensiva más que un mecanismo de defensa (o sea: regresión primaria, patogenética y regresión secundaria, regresión-defensa). El análisis histórico del concepto de regresión en Freud demuestra un método de pensamiento dialéctico más que un dogma; de allí el peligro de dedicarse exclusivamente a una definición aislada, independientemente de su evolución y desarrollo histórico. A partir de las fuentes freudianas y de

su propia experiencia R. Baraude llega a las siguientes conclusiones: 1) Pone de manifiesto el *hiatus* que existe entre la no utilización en la práctica, de la noción de regresión (no se recurre habitualmente a ella en la interpretación de situaciones analíticas) y la frecuencia del empleo teórico del término. 2) Hace evidente que, lo que generalmente es considerado como prueba de regresión se muestra, en cambio, como fenómeno de fijación, y en la práctica aparece como manifestación de resistencia a la curación. 3) La regresión no es una conducta intra-analítica únicamente, es fenómeno común de la vida y con frecuencia se evidencia en la práctica la bivalencia: regresión-progresión. 4) Hace mayor énfasis del fundamento teórico de Freud, la regresión en función de realización de posibilidades (concepto unificado de regresión-progresión. “...lucha contra la madurez esclerosada, fijada en la aparente perfección”, como dice Lapassade.). I. Baraude, por su parte, afirma que en el curso de un tratamiento, la multivalencia de los “movimientos” conducen a no poder separar los versantes más regresivos o más progresivos. Cree que la “regresión en la práctica” no es más que la revelación de aspectos latentes por el hecho de que no manifestándose socialmente, se evidencian en cambio en el análisis. “Regresión”, para I. Baraude, pesa como un término “prejuicioso y desafortunado”; otras formulaciones como “conflicto de tendencias”, “mecanismos de defensa”, etcétera, restituyen y preservan el dinamismo a la clínica psicoanalítica.

G. AMARA

