

pulsos (en relación al super-Yo) engendra conflictos de culpabilidad y angustia. El mundo narcisista (en el que se origina el ideal del Yo) puede producir vergüenza y depresión. La libido narcisista que el niño proyecta en el pariente, la recibe de retorno, en forma de confirmación narcisista; por ello puede tomarse como objeto y amarse (narcisismo secundario). Si la posesión de su propio Yo es integrada sin conflictos, así lo será la relación objetual, que sobre bases sólidas tenderá a la unicidad y a la permanencia (así como el narcisismo es sin comienzo ni fin, como lo saben los creyentes y los enamorados). Sólo cuando uno pueda amarse por lo que es, podrá amar al objeto, tal cual es, con sus defectos; ésta es la solución normal. La confirmación narcisista defectuosa lleva a la solución neurótica. La inversión narcisista de los impulsos parciales pre-genitales lleva a la perversión sexual. La confirmación narcisista regresiva y delirante lleva a la solución psicótica.

G. AMARA

Siggins, Lorraine D., Mourning: "The Critical Survey of the Literature". *International Journal of Psycho-Analysis*, 47, 14, 1966.

Revisa la autora exhaustivamente la literatura sobre el tema, a partir de las observaciones de Sigmund Freud, en su trabajo de 1917, *Duelo y melancolía*, donde se dice: el duelo, aunque implica una actitud que se aparta significativamente de las pautas normales de la vida, no se considera una condición patológica. Sus principales características, son: pérdida de la capacidad de amar, inhibición de la actividad, pér-

didada del interés en el mundo exterior y una profunda y dolorosa melancolía.

Se distinguen, en el artículo, tres clases de reacción posibles ante la muerte de un ser amado: reacciones normales de duelo, debidas a la ambivalencia de la relación existente; reacciones de duelo patológicas y enfermedades psíquicas desencadenadas por la desaparición de la persona querida.

Reconoce como elementos de la reacción normal del duelo, los señalados por Freud y agrega, además, algunos componentes frecuentes tales como la culpabilidad, que es proporcional a la hostilidad consciente o inconsciente que previamente existía hacia la persona desaparecida; angustia asociada a la culpabilidad, cuando hay ideas que sugieren responsabilidad por la muerte de la persona amada; sentimiento de liberación, cuando ha existido una relación de intensa dependencia, especialmente observada en el caso de la muerte de los padres; sensación de alivio y descanso, en casos de agonía o sufrimiento prolongado antecediendo a la muerte; reactivación de antiguos conflictos, tales como ansiedad relacionada con situaciones de ruptura, situaciones edípicas no resueltas; sentimiento de soledad y desamparo ante la imposibilidad de hacer nada eficiente frente a la irreparable pérdida, así como la idea de continuar la vida sin la persona desaparecida. Se indican también algunos síntomas físicos, tales como una marcada tendencia al llanto, a suspirar, pérdida del apetito, y una sensación de vacío en el estómago; estos síntomas físicos pueden estar relacionados con fenómenos de internalización o identificación con la persona muerta, o bien ser la expresión de afectos inconscientes. Aparecen mecanismos de defensa, tales como la negación de la realidad y la

ausencia de emociones por represión. La negación de la realidad es habitualmente una reacción normal ante la muerte en el proceso normal del duelo; después de un tiempo breve la realidad se impone y el duelo se inicia. La ausencia de emociones, estrechamente ligada a la negación de la realidad, puede ocurrir durante un tiempo en el proceso normal del duelo.

Las reacciones que se describen en el duelo patológico son básicamente las mismas que se aprecian en el duelo normal, pero exageradas o persistentes. Se subrayan, sin embargo, algunos aspectos:

La ausencia persistente de una reacción emocional puede ser una característica patológica, dice el autor, ya que la realidad de la muerte es inescapable. La prolongación del duelo se estima como una evidencia de la patología de la reacción del duelo. Finalmente, la reacción de pena, vivida con desmesurada intensidad, se estima como una reacción patológica.

Se citan como factores predisponentes a la presencia del duelo patológico, la inesperada y repentina ocurrencia de la muerte; la forma de la muerte misma; la ambivalencia marcada hacia la persona muerta y la baja tolerancia a la ansiedad y el dolor.

La aparición de enfermedades psiquiátricas, precipitadas por la aflicción y el desamparo, se considera como una tercera posibilidad de reacción a la muerte de una persona amada; así, se describen fenómenos histéricos, estados de ansiedad, reacciones maniaco-depresivas; como también alteraciones psicósomáticas del tipo de la úlcera péptica, colitis ulcerosa y artritis reumatoide.

En el artículo se examinan especialmente las reacciones de las personas adultas. Discute la autora, muy breve-

mente, las reacciones de duelo en la infancia, señalando la frecuencia con que se observan reacciones de indiferencia en los niños. Esto se explica por su incapacidad de comprender el enigma de la muerte y la falta de advertencia de sus consecuencias.

Finalmente, la autora señala la bibliografía existente sobre estas cuestiones en una excelente y detallada clasificación de la literatura.

M. CÁRDENAS

Lowinger, Paul L. y Shirley Dohie, "Attitudes and Emotions of the Psychiatrist in the Initial Interview." *American Journal of Psychotherapy*, vol. XX, núm. 1, enero de 1966, pp. 17-35.

Una relación terapéutica entre el paciente y el doctor es fundamental en la psicoterapia así como en todo tratamiento médico. Todos los psicoterapeutas aceptan este punto de vista aunque sus marcos teóricos puedan diferir ampliamente. Las psicoterapias, en su totalidad, se basan en la utilización de la relación paciente-terapeuta para sus metas terapéuticas. El paciente ha sido el más frecuente objeto de estudio, las técnicas o los procesos de la psicoterapia han sido moderadamente estudiados, y el terapeuta es el componente que ha sido menos estudiado.

La significación de las emociones del médico durante la primera entrevista psicoterapéutica es algo generalmente reconocido. Leon Saul declara que en la entrevista inicial, el analista puede discernir de entre sus sentimientos cuáles le parecen inapropiadamente fuertes, y esta reacción es una clave para