

El autor presenta un caso en el que el primer sueño reportado en el análisis contenía una representación directa del analista, que él interpreta como una resistencia al desarrollo de la transferencia: "Una defensa primaria de la paciente, operante en sus sueños, en su conducta en el couch y en su vida diaria era un 'escape en la realidad'." La paciente evadía enfrentarse a los conflictos con su padre, "...quería negar toda importancia emocional al analista para evitar reproducir con él los conflictos habidos con un padre poderoso, seductor y confortante..." Una defensa muy operante en la paciente estaba constituida por el "escape en la realidad" (fetichismo de objetos, preocupaciones por cuestiones de status y por trivialidades sociales); por ello, al principio el analista fue tratado como algo "simplemente real". (Pero la misma importancia como a ese significado dinámico actual la atribuye el autor al tema, genético, de la negación del pene paterno —lo cual, pensaría uno, podría no ser sino una simbolización del conflicto dinámico.)

J. DERBEZ

Rennecker, R. E. et. al., "Psychoanalytic Explorations of Emotional Correlates of Cancer of the Breast", *Psychosomatic Medicine*, 25, pp. 106-123, 1963.

Este es el segundo reporte de un proyecto de investigación que se lleva a cabo en el Instituto Psicoanalítico de Chicago. El material está constituido por cinco casos: dos en los que las lesiones aparecieron durante el análisis y tres en que se inició su tratamiento después de aparecida la enfermedad. En los cinco casos se encontró el mismo tipo de constelación parental: una madre frustrante, en especial de las necesidades orales, y un padre indulgente,

proveedor de gratificaciones sustitutivas. Los sentimientos de culpa ligados al rechazo a la madre condujeron a identificaciones regresivas con la madre temida, así como a la elección de maridos inadecuados como proveedores. Se confirmaron, por otro lado, los hallazgos de Engel: se trata de mujeres con tendencia a la depresión y en quienes la aparición de los síntomas tumorales fue precedida de abandono traumático o desilusión por parte del compañero sexual.

Los autores proponen la hipótesis de que la descompensación psicológica depresiva sería acompañada de una descompensación de mecanismos biológicos, concretamente del metabolismo estrogénico, lo que sería apoyado por el hecho de que el cáncer mamario es hormono-dependiente, así como por el hecho, demostrado por Beard, de la disminución de hormonas tiroideas y adrenales que se producen durante la depresión. Los autores sugieren que se estudien las posibles relaciones de los niveles estrogénicos con diversas formas de conducta sexual psicopatológica y con las perturbaciones de la disposición maternal, a menudo presente, en estos casos, como infertilidad.

J. DERBEZ

W. D. Engels, C. J. Patec y E. D. Wittkower, "Emotional Settings of functional Amenorrhea", *Psychosomatic Medicine*, 26, páginas 682-699.

Los autores revisaron la literatura existente sobre amenorrea funcional y señalan las conclusiones a las que llegan en el estudio de 6 pacientes con amenorrea secundaria que presentaron el trastorno en lapsos que oscilaron entre 5 meses y 11 años de duración; de los seis casos, cinco restablecieron su ciclo menstrual en el curso de la investigación.

Todas las pacientes fueron sometidas previamente a investigaciones endocrinológicas, habiéndoseles encontrado físicamente sanas.

Las pacientes objeto del estudio, mostraron trastornos psicológicos en grados diferentes. Algunas lo presentaban en forma moderada y otras estaban relativamente bien adaptadas; la mayor parte manifestaron dificultad para aceptar su papel femenino; dos evidentemente tenían fantasías inconscientes de embarazo y dos mostraban anorexia obsesiva.

En función de la literatura revisada, consideran los autores que existe un doble mecanismo en la producción de la amenorrea funcional. Por un lado intervienen factores psicológicos predisponentes como: a) ira reprimida hacia la madre, manifestada por fantasías e impulsos infantiles sádicos, y b) Temor culpable, por la pérdida del cuidado y de la protección parental por una falla real o supuesta con la consecuente formación reactiva y aislamiento; y por el otro factores fisiológicos como alteraciones en la transmisión hormonal y en la transmisión neurológica.

Después de exponer cada uno de los casos de su estudio y de referir algunas de las entrevistas psicoterápicas así como los resultados, los autores llegan a las siguientes conclusiones:

1) La variedad de formas de iniciación indica que la amenorrea funcional es un síntoma multideterminado relacionado con la expresión histérica de fantasías de embarazo; un repudio obsesivo de la feminidad y de las funciones femeninas y una regresión a la fase prepuberal de la vida. No existe un perfil de personalidad común a las amenorreicas y no hay un "conflicto esencial" definido.

2) En algunos casos de amenorrea funcional (por ejemplo, la pseudociosis), los procesos histéricos parecen influir en el sistema nervioso autónomo

y/o el eje hipotálamo-pituitaria-ovario; lo que contradice la idea de Alexander de que tales reacciones sólo se manifiestan en el sistema sensorio-motor.

3) Algunas pacientes con amenorrea secundaria reanudan su menstruación dentro de las 48 horas, lo que sugiere una respuesta del sistema nervioso autónomo más que la intervención de un mecanismo pituitario; otros casos sugieren más una reanudación del ciclo estrógeno-progesterónico.

4) Parece que las amenorreas de la anorexia emocional (cuando una marcada baja de peso precede a la amenorrea y en la pseudociosis, no se diferencian en sus orígenes emocionales de otras amenorreas funcionales.

R. JIMÉNEZ BONNET

Schwartz, D. H., "A Re-view of the Paranoid Concept", *Archives of Gen. Psychiatry*, 7, pp. 349-361, 1963.

El autor se propone revalorar el concepto de paranoia a la luz del amplio contexto conceptual proporcionado por los trabajos de Freud, de Melanie Klein y de los más destacados autores psiquiátricos y psicoanalíticos. A la revisión de la literatura subsigue un intento del autor por describir un núcleo central que explicaría las diferentes manifestaciones clínicas, en cierto modo graduadas, que se presentan como "carácter de tinte paranoide", "megalomanía" "sentimiento de influencia exterior benigna" y "delirio de persecución malévol". Dicho núcleo consistiría de sentimientos de inmerecimiento e insignificancia, incapacidad para asumir responsabilidades por decisión propia y, especialmente, el deseo de ser soberanamente importante para los demás. El autor no cree que en la determinación