

a la tentación más fuerte para el paciente, de transferir a otras personas además del analista; pero esto queda compensado, en parte, por la posibilidad de que estas otras personas (otros terapeutas, enfermeras, terapeutas auxiliares, etc.) que forman parte del equipo de función conjunta de la clínica, informen al terapeuta que dirige el tratamiento de las interacciones de su paciente con ellas, y de que, por tanto, el psicoterapeuta clínico, en contraste con el ambulante, incorpore también a su labor terapéutica de interpretación una parte de las transferencias dirigidas a otras personas, así como una parte de las reacciones de contratransferencia de éstas.

En otros términos: los procesos extraterapéuticos de transferencia y contratransferencia son hasta cierto punto más fáciles de controlar en la clínica que en el tratamiento ambulante.

Sin duda, la posibilidades de control y, por consiguiente, de incorporación de las interacciones extraanalíticas del paciente, en las que con frecuencia pueden apreciarse fenómenos de transferencia, dependen de modo decisivo del entrenamiento analítico y el funcionamiento del equipo terapéutico conjunto de la clínica. Se requieren para ello discusiones casuísticas continuas de los terapeutas con las enfermeras y los terapeutas auxiliares. Se requiere además una introducción a fondo de estas personas en la psicología profunda y la dinámica de grupo. Lo mejor es cuando un grupo de enfermeras han tenido ellas mismas una experiencia analítica en un análisis individual o de grupo.

Si se cumplen estos requisitos, la enfermera puede convertirse, en la clínica psicoterapéutica, en aquello que Simmel, quien ya en los años veinte dirigía en Berlín una clínica de éstas, designó como "la prolongación de un órgano sensorio del terapeuta".

Hemos visto, pues, que una serie de ventajas relacionadas con la situación de psicoterapia en la clínica va acompañada de inconvenientes innegables. Por mi parte, he tratado de demostrar que en el caso de un planteamiento de indicación dirigida, que cualquier clínica habrá de elaborar por su cuenta, la proporción de las ventajas frente a los inconvenientes crece gradualmente.

Es indudable, sin embargo, que lo que aquí se sostiene habrá de permanecer aún en el dominio de la especulación, a menos que se objetive mediante un control de los resultados de tratamiento. Hemos considerado, por consiguiente, como una de nuestras primeras tareas en la comprensión científica de los tratamientos llevados a cabo en nuestra clínica la preparación de una catamnesis orientada de la manera más amplia posible.

Hasta tanto no se disponga de los primeros resultados habrá de quedar sin respuesta para nosotros —no nos hacemos al respecto ilusión alguna— la pregunta acerca de si el psicoanálisis en la clínica está siquiera justificado. Estamos absolutamente dispuestos, si las catamnesis resultan negativas, a transformar nuestra clínica en un asilo para ancianos. Sin embargo, nuestras investigaciones provisionales no sistemáticas parecen justificar la esperanza de que las hipótesis establecidas en esta exposición y las consecuencias para la indicación y el pronóstico, extraídas de ellas, se verán confirmadas por las catamnesis.

## LA EXPRESIÓN PICTÓRICA: LA TOMA DE POSESIÓN DEL MATERIAL COMO PUNTO DE PARTIDA PARA EL PROGRESO PSICOANALÍTICO \*

*Gretel y Udo Derbolowsky*

LA PRESENCIA somera de dos casos ilustrará lo que en psicoanálisis significa el trabajo de toma de posesión.

El primer caso se basa en una sesión individual; el segundo ejemplo está tomado de una sesión de grupo.

Se trata, en el primero, de un académico de cuarenta y tres años, que trabaja por cuenta propia, y se hallaba desde seis meses antes del tratamiento en estado depresivo. El que sigue es el reporte de su quinta sesión psicoanalítica y la primera del tratamiento en la que se introdujo el manejo del material.

En una mesa lavable hay pinturas en polvo mezcladas con engrudo. El paciente usa una bata de trabajo y recibe la indicación de aplicar con sus dedos sobre una hoja de papel la pintura preparada, lo cual le desagradaba en extremo. Sin embargo, gracias a las explicaciones dadas al inicio del tratamiento, se da cuenta de que este procedimiento es parte de su tratamiento. En consecuencia, racionalmente hablando, está preparado para llevar a cabo la pintura con los dedos. Mete su dedo en la mezcla colorida, pero inmediatamente lo saca y se lo limpia con el trapo. Su frente se cubre de gotas de sudor; espontáneamente dice que nunca se le había permitido cosa semejante desde su temprana infancia y, de hecho, nunca había deseado hacerlo. Encuentra el menurje repugnante. Sin embargo, se fuerza a tratar de nuevo, llevado de su interés en realizar el tratamiento. Por fin, la hoja de papel se llena de manchas rojas de pintura, que esparce una por una con el dedo. Al hacer esto, el paciente empieza a describir espontáneamente su pasado más lejano; al principio, titubeante y luego de una manera más viva e impresionante; en este ambiente de su primera niñez la madre aparece como una mujer meticulosa, muy cuidadosa de la limpieza. Si él jugaba con otros niños tenía que cuidar sobre todo de no manchar su ropa.

Ahora el paciente encierra las manchas rojas en círculos de un verde turbio al que añade pequeños trazos de color castaño. Intenta hacer un cuadro de la hoja, y luego, comenta un tanto travieso: "nueva rosa".\*\*

Aquí se puede hacer una pausa para llevar a cabo el diagnóstico y considerar las interpretaciones pertinentes. El paciente quiere hacer un cuadro de rosas en botón. Las rosas en botón son órganos de reproducción en acción. El paciente está enamorado de una muchacha joven y quiere divor-

\* Conferencia pronunciada en el III Foro Internacional de Psicoanálisis. México, D. F., 1969.

\*\* Juego de palabras en alemán: "Neu-Rose = nueva rosa, en una sola palabra significa neurosis.



ciarse de su esposa con la cual ha estado casado por veinte años y que padece una incapacidad orgánica seria. Los síntomas parecen estar conectados con esto y la producción de un gran número de manchas redondas de color es patognómico de un proceso depresivo en la esfera anal, como lo ha descrito René Spitz (p. 273) basándose en observaciones de niños que comen excremento, y en los reportes de Charlotte Bühler (1928) y Arnold Gesell (1954). Además, el juego de vocablos del paciente sobre las nuevas rosas no sólo se refería a su segundo y problemático verano sexual, sino al hecho de que al enemigo común, la neurosis, lo estaba proyectando en el cuadro y, de ahí, en su contacto con el material. Esto es lo mejor que pudo suceder y se ajusta a las condiciones del pacto inicial.

Sin embargo, no nos detenemos para entregarnos a consideraciones interpretativas o de diagnóstico; le ofrecemos inmediatamente otra hoja de papel indicándole cómo puede preparar el papel con engrudo, con la mano, antes de empezar a pintar. Lo hace, aunque refunfuñando y blasfemando. Luego embadurna el papel de manchas de color; ya se atreve a pintar con dos o tres dedos; así las manchas de color resultan más grandes y la hoja de papel se cubre más uniformemente de pintura. Con pinceladas de sus dedos, liga las manchas de pinturas unas a otras; ya embadurna con más soltura. La expresión pictórica toma un carácter semiabstracto. Hacia el final de esta primera sesión de toma de posesión del material, el paciente está produciendo su tercer cuadro y embadurna ya el papel con ambas manos simultáneamente.

Estamos seguros de que el paciente no hubiera podido empezar la sesión con su tercer cuadro. Al principio, todavía existe una compulsión interna que limita la expresión del paciente a la representación figurativa, estereotipada y significativa. La transición de la primera a la tercera hoja muestra una regresión progresiva, indicio del progreso terapéuticamente logrado en esta sesión.

Un paciente efectúa la regresión de manera controlada sólo cuando, paso a paso, logra elaborar las transferencias, los temores y resistencias que surgen. Esta sesión individual le dio la oportunidad de penetrar uno de los aspectos de su transferencia con la madre. No quería embadurnar y era incapaz de hacerlo con gozo porque desde la edad de un año, tal acción era castigada por la madre con el retiro de su cariño.

Es bien sabido que las transferencias son ubicuas, lo que significa, en este caso, que el hombre nunca y en ninguna parte se ha atrevido a hacer manchas, debido a que le atribuye a quienquiera, inclusive al analista, los rasgos de su madre incidiosa. Conforme se iba posesionando del material pictórico, sudando y suspirando en tanto embarraba el papel de pintura, logró elaborar parte de este fenómeno transferencial, como se puede observar por su expresión pictórica. El terreno de prueba exactamente definido de las sesiones de tratamiento analítico hace posible reconocer más claramente las transferencias, destacarlas junto con sus causas del fondo de la relación real regulada entre el paciente y el analista y, entonces, elaborarlas.

Como dijimos, los tres ejemplos de expresión pictórica se produjeron en una sola sesión de toma de posesión como parte de nuestra psicoterapia

analítica centrada en el grupo, pero también llevan la intención de demostrar por qué a veces llamamos a estos trabajos "desechos". El objetivo de este trabajo no es producir una creación artística, ni el desarrollar habilidades artísticas. Estamos interesados, simplemente, en el proceso analítico que tiene lugar dentro del paciente mientras se va posesionando de las cualidades que el trabajo con el material le transmite, por así decirlo, *in statu nascendi*. Por lo tanto, el manejo del material sirve simplemente como vehículo del proceso analítico, de manera más o menos análoga al papel de la palabra hablada y escuchada en las sesiones analíticas verbales.

Ya es posible, en base a este primer reporte, resumir que la intención de nuestra terapia de toma de posesión es únicamente la de manejar material y expresarse pictóricamente. En este proceso, el paciente recapitula el desarrollo de su intencionalidad, como la ha descrito Udo Derbolowsky apoyándose en Husserl y Schultz-Hencke. Se trata de establecer una línea fronteriza entre el yo y el no-yo, entre el cuerpo y el no-cuerpo, entre el ello y el no-ello (cf. el trabajo de René Spitz y Sigmund Freud).

El proceso de irse familiarizando con lo que ha permanecido oculto implica:

Un *proceso de aprendizaje*, en el sentido que le da Piaget, y al mismo tiempo, la reintegración del material reprimido; la *regresión* como proceso terapéutico; las *transferencias* dirigidas al material manejado, con la posibilidad descrita por Cobliner, Anna, Freud y René Spitz de coordinar sobre una nueva base la experiencia de toma de posesión, agresiva y libidinosa, en relación con los objetos buenos y malos.

Nuestro segundo ejemplo, tomado de una serie de sesiones en grupo, describe el caso de una ama de casa de treinta años, casada, madre de dos niños y que vino a tratamiento psicoanalítico debido a que sufría de agorafobia y de otras formas de angustia, de dolores de estómago crónicos recurrentes y frigidez. Durante una sesión de grupo de toma de posesión del material, el *grupo* se había impuesto la tarea de expresar los términos "masculino" y "femenino" por medio del dibujo al carbón. (En la sesión de grupo que estamos describiendo, los pacientes produjeron varios cuadros; nuestra paciente dibujó un torso femenino y los genitales masculinos.)

Ella piensa que con sus cuadros había de cumplir la tarea particularmente bien y opina que los senos y las regiones púbicas tipifican los rasgos característicos femeninos y que la región púbica sola, es suficiente para ilustrar los rasgos característicos masculinos. Entonces el analista señala a la hoja que tiene el dibujo de los genitales masculinos y le dice a la paciente: "¡Por favor, déjenos ver también la cara de este hombre!" Al oír esto, contesta, no con palabras, sino haciendo un dibujo al carbón del contorno de un hombre cuyo tamaño estuviese en proporción al de los genitales masculinos que había dibujado. El analista coloca este dibujo del hombre gigantesco junto al dibujo que representa al torso femenino. (Aquí ven el dibujo después de haberlo colgado de la pared con la ayuda de una escalera.) Mientras realizaba en el suelo su gigantesco dibujo, los otros miembros del grupo tuvieron que hacerse para atrás, ya que el cuadro abarcaba un buen tercio de la sala de trabajo. Reniegan y hablan de un padre con su hija y de



un hombre con una muñequita colgando de su mano. Algunos cantan: "¡Muñequita, eres la niña de mis ojos!" \*

La paciente se queda un rato parada en silencio y pensativa frente a sus dos cuadros; luego llevándose las manos a la cara, grita: ¡Ahora estoy en el cuadro! ¡Soy la hija! ¡Ahora entiendo que siempre que me relaciono con un hombre actúo como una muñeca y espero que él sea paternal conmigo; así me porto con todo mundo y, al hacerlo, pongo en desorden todo lo que me rodea, como lo he hecho con el grupo!

En esta sesión de grupo de toma de posesión, la paciente ha llegado a percatarse directamente de una transferencia que ha practicado durante toda su vida, y de una serie de consecuencias, gracias a su propia expresión pictórica. Las observaciones hechas por el grupo, en este sentido, bien pudieron coadyuvar en este proceso. Por el contrario, en el caso de las interpretaciones verbales, nunca es posible definir con exactitud lo que el paciente quiere decir con sus comentarios. Todos sabemos, *no sólo* por pláticas con nuestros colegas, que aun cuando usamos las mismas palabras a veces nos imaginamos algo completamente distinto. Todo aquel que haya escuchado los sueños y las asociaciones de un paciente durante una sesión analítica y haya obtenido ciertas impresiones debería, al final de la sesión, hacer que el paciente pintase o dibujase el sueño o que retratase el sueño utilizando el método de *Scenotest* de von Staab. El analista se sorprenderá, con frecuencia, hasta qué grado el paciente ha experimentado el sueño en función del tamaño, color, coordinación, dirección, espacio, etc., de manera muy distinta de la impresión obtenida por el analista a raíz del relato del paciente.

En el trabajo analítico que describimos, el paciente mismo produce una imagen primariamente vivida y clara que para él mismo, para sus compañeros del grupo y para el analista, es más convincente y más generalmente aceptable que las interpretaciones verbales; hace posible que tanto el analista como el paciente se encuentren juntos en el cuadro. Y todo aquel que diga que está en la imagen, está diciendo más que la persona que simplemente dice que ha comprendido.

#### REFERENCIAS

- Bühler, Ch., *Kindheit und Jugend*. Hirzel Verlag, Leipzig, 1928.  
 Goblner, W. G., "Intracommunication and Attitude: A Methodological Note". *J. Psychol.*, 39, 1955.  
 Gesell, A., *Säugling und Kleinkind in der Kultur der Gegenwart*. Christian Verlag, Bad Nauheim, 1962.  
 Husserl, E., *Logische Untersuchungen*, vol. I. *Praelegomena zur reinen Logik*, vol. II. *Phänomenologie und Theorie der Erkenntnis*, partes I y II, 2ª ed. Halle/S., 1913/21.  
 Schultz-Hencke, H., *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*. Georg Thieme, Stuttgart, 1951.  
 Spitz, René A., *Vom Säugling zum Kleinkind*. Ernst Klett, Stuttgart, 1967.  
 Wolfensberger, Ch., "Über Ausdrucksphänomene im ersten Lebensjahr". En: *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, vol. 99, núm. 1, pp. 145-154. (Art. Institut Orell Füssli AG, Zurich, 1967).

\* Canción alemana. (E.)

- Derbolowsky, G., "Bemächtigungstherapie inder klinischen Gruppe". En: *Gruppenpsychotherapie in Klinik und Praxis*. Ed. Dr. K. Hück, Berlín. (VEB Gustav Fischer, Jena, 1957.)  
 —, "Bemächtigungstherapie als Möglichkeit therapeutischen Arbeitens in klinischen Psychotherapiegruppen". "Occupying Material Therapy as a Possible Method of Treatment in Clinical Psychotherapy Groups." "Le Traitement Occupationnel et son Role Possible Dans la Psychotherapie de Groupe a la Clinique." En: *Proceedings IV. Internationaler Kongress für Gruppenpsychotherapie*, vol. II, pp. 197-215. (Verlag der Wiener Medizinischen Akademie, 1963.)  
 Derbolowsky, G. U., "Bemächtigungstherapie als psychotherapeutische Kategorie". En: *Praxis der Psychotherapie*, vol. XI, núm. 6, pp. 145-156. (J. F. Lehmanns Verlag, Munich.)  
 Derbolowsky, U., "Multilateral resistance in groups of patients". En: *The International Handbook of Group Psychotherapy*. Ed. Moreno, pp. 270-273. (Philosophical Library, Nueva York, 1966.)  
 —, "Einsamkeit und Gemeinsamkeit aus der Sicht gruppenzentrierter analytischer Psychotherapie". En: *Einsamkeit in medizinisch-psychologischer, theologischer und soziologischer Sicht*. Ed. Dr. W. Bittex, pp. 115-143 y 234-235. (Ernst Klett, Stuttgart, 1967.)  
 —, "Aggression und Aggressivität als therapeutisches Problem in Klinischen Gruppen". En: *Gruppenpsychotherapie in Klinik und Praxis*. Ed. Dr. K. Höck, Berlín, pp. 153-163. (VEB Gustav Fischer, Jena, 1967.)  
 —, "Über die Bedeutung der Freud'schen Abstinenzregel für die analytische Gruppenpsychotherapie". En: *Group analysis, International panel and correspondence*, vol. I, núm. 1, pp. 13-15. (Editor: S. H. Foulkes, Londres, Noviembre, 1967.)  
 —, "Über den Abstinenzbegriff bei Sigmund Freud mit seinen Konsequenzen für die Gruppenpsychotherapie". En: *Zeitschrift für Psychotherapie und med. Psychologie*, año, 16, núm. 5, pp. 177-184. (Thieme Verlag, Stuttgart, Septiembre, 1968.)  
 —, "Die Bedeutung einer Komparativen Frageweise für die psychotherapeutische Befunddokumentation". En: *Praxis der Psychotherapie*, vol. XIII, núm. 2, pp. 66-76. (J. F. Lehmanns Verlag, München, Abril, 1968.)

