

La concepción psicótica de la imagen corporal*

DAVID ROSENFELD**

RESUMEN

Este artículo examina el rol del padre en la psicosis. Para ello, se presenta un caso clínico ilustrativo y representativo de este tema: se trata de un paciente que después de una cirugía presenta un episodio psicótico grave, y la noción psicológica de su cuerpo solo está constituida, en su imaginación, por arterias y venas. Las vivencias hemorrágicas y los síntomas psicósomáticos que el paciente describe son una fantasía de la imagen corporal, no es el cuerpo biológico real. PALABRAS CLAVE: psicosis, imagen corporal, fantasías, síntomas psicósomáticos, rol del padre.

ABSTRACT

THE PSYCHOTIC CONCEPTION OF BODY IMAGE. This paper reviews the role of the father in psychosis. A clinical case illustrative of this theme is presented. The case concerns a patient whom after surgery presented a severe psychotic episode. The psychological notion of his body was formed in his imagination solely by veins and arteries, whilst the skin and muscles disappeared from his mental fantasies of the body. These haemorrhagic experiences and psychosomatic symptoms constitute a fantasy of his body image, not of the real biological body. KEY WORDS: psychosis, body image, fantasies, psychosomatic symptoms, father role.

RESUM

LA CONCEPCIÓ PSICÒTICA DE LA IMATGE CORPORAL. L'article examina el rol del pare en la psicosi. Per això, es presenta un cas clínic il·lustratiu i representatiu d'aquest tema: es tracte d'un pacient que després de una cirurgia presenta un episodi psicòtic greu, i la noció psicològica del seu cos només està constituïda, en la seva imaginació, per arteries i venes. Les vivències hemorràgiques i els símptomes psicósomàtics que el pacient descriu són una fantasia de la imatge corporal, no és el cos biològic real. PARAULES CLAU: psicosi, imatge corporal, fantasies, símptomes psicósomàtics, rol del pare.

Cordelia: «Te he querido como a un padre, ni más, ni menos».
Rey Lear: «Renuncio aquí a mis cuidados de padre»
Shakespeare, *El Rey Lear*, acto I

Freud (1914) nos dice: “De todas las imagos de una infancia, de las cuales, en general no nos acordamos, ninguna es más importante para un joven o para un hombre que la de su padre”. La restricción orgánica introduce en la relación entre un hombre y su padre, una ambivalencia emocional siendo la expresión más notable el mito griego de Edipo Rey. El niño solo puede amar y admirar a su padre, que le parece la criatura

más potente del mundo, la más sabia y mejor. Dios mismo es, después de todo, la exaltación de la imagen de un padre tal y como se lo representa la mente durante la primera infancia. Pero muy pronto emergerá el otro lado de esta relación. Nuestro propio padre se percibe como el principal elemento que puede alterar nuestra vida instintiva; se convierte en un modelo que se debe, no solo emular, sino también deshacerse de

* Texto revisado y actualizado, que se publicó previamente en francés con el título “Le rôle du père dans la psychose” en, Houzel D. et Geismann C (eds.): *L'enfant, ses parents et le psychanalyste*. Paris, Bayard, 2000.

** Médico psiquiatra, psicoanalista.

Correspondencia: rosenfelddavid236@arnet.com.ar

él, para poder ocupar su lugar. Por tanto, los impulsos cariñosos y hostiles hacia él persistirán juntos, a menudo hasta el final de nuestros días, sin que unos u otros puedan imponerse definitivamente. Es en esta coexistencia de sentimientos contradictorios que reside la naturaleza esencial de lo que llamamos la ambivalencia emocional.

Hay un cambio en la relación del hijo con su padre durante la segunda parte de la infancia: nunca se insistirá demasiado en la importancia de este cambio. Las miradas del niño comienzan a alejarse para dirigirse hacia el mundo que le rodea. Y no puede evitar hacer descubrimientos que socavarán su valorada opinión original sobre su padre, y que lo empujarán a separarse del ideal primario. Descubre que su padre ya no es el más poderoso, el más sabio, ni el más rico de los seres de este mundo”.

¿Qué es el rol del padre, si no un cuestionamiento y un descubrimiento constante que cada paciente hace en sí mismo, durante meses y años? Como nos dice el historiador Braudel (1985): “La historia no es más que un cuestionamiento constante de los tiempos pasados, en nombre de los problemas y curiosidades -e incluso de las preocupaciones y ansiedades - del momento presente que nos rodea y nos asedia”.

Este artículo examina el rol del padre en la psicosis. Para ello, presento un ejemplo clínico ilustrativo y representativo de este tema. Este material concierne un paciente que ha manifestado episodios psicóticos y que tenía una relación especial con el rol del padre, tanto el padre real como su fantasía. No hemos incluido otros casos donde hay ausencia total del padre desde muy temprano, ni aquellos en que los trastornos de la sexualidad pueden conducir a perversiones.

El rol del padre existe cada vez que hay un padre con un rol determinado, una madre que permite este rol y un hijo capaz de identificación introyectiva: exige un conflicto triangular. Hago hincapié en este concepto, sin el cual no podrían entenderse los muchos casos de travestismo, de homosexualidad y de diversas identificaciones y proyecciones extrañas, donde se dan otros tipos de adaptación al rol de padre y a la realidad (Chasseguet-Smirgel, 1986).

Voy a presentar el caso del paciente Pierre-Léonard. En este ejemplo clínico, describo modelos de identificación total. Observamos una identificación total con el objeto perdido, de forma similar a lo que Freud (1910) nos dice en su obra sobre Leonardo, en la que

describe una identificación total con la madre. En el caso que nos ocupa, la identificación se produce tanto con el padre como con el rol del padre. Comento las sesiones de los últimos tres meses de tratamiento, que muestran un cambio muy significativo que me hace replantearme los modelos de identificación y las formas de relación con el padre, sobre todo en el proceso de des-identificación y de diferenciación. Damos una explicación dialéctica de la modificación de la imagen interna del padre.

Rol del padre y creación del complejo de Edipo

Es importante destacar el rol temprano del padre, concepto que ha sido desarrollado por varias escuelas. Fue Freud el primero en describir la función temprana del padre en varios de sus artículos (1898); este concepto es retomado por el M. Klein y su escuela.

Klein dice que el niño busca aspectos del padre en el cuerpo de la madre. Además, desarrolla en su teoría, una idea sobre el complejo de Edipo temprano. Une las ansiedades tempranas a este complejo: “Las situaciones de ansiedad temprana y de culpa producen una fijación exagerada en las primeras etapas de la organización libidinal y, recíprocamente, una excesiva tendencia a la regresión hacia estas etapas tempranas. Por lo tanto, el desarrollo edípico se ve obstaculizado, y la organización genital no se puede establecer con firmeza. En los casos tratados en este artículo, así como en otros casos, el complejo de Edipo comienza a desarrollarse normalmente cuando disminuyen las ansiedades tempranas. (...) Parece que la búsqueda de nuevas fuentes de satisfacción es inherente al movimiento progresivo de la libido. La satisfacción que se siente gracias al pecho de la madre permite que el niño dirija sus deseos hacia otros objetos y, en especial, hacia el pene de su padre. Sin embargo, este nuevo deseo recibe un impulso especial debido a las frustraciones sufridas por el pecho materno. Es importante recordar que las frustraciones dependen tanto de factores internos como de experiencias reales, y cierta frustración relativa al pecho es inevitable, incluso en el mejor de los casos, puesto que lo que el niño realmente quiere, son satisfacciones ilimitadas. Las frustraciones que se sienten con el pecho materno empujan tanto al niño como la niña a abandonarlo y estimulan en ellos el deseo de una satisfacción oral a través del pene del padre. Por lo tanto, el pecho y el pene son los objetos

primarios de los deseos orales del niño.

Klein (1964) piensa en algo más que en una relación con objetos parciales y sugiere que el niño asocia la percepción de estos objetos parciales con su madre y padre. Dice también que la frustración y la satisfacción modelan la relación del bebé con el pecho bueno y amado y con el pecho malo y odiado, y añade: “Estas dos relaciones en conflicto con el pecho materno son trasladadas a la relación posterior con el pene del padre.

Metzger (1973) piensa que el coito, o la escena primaria, es una escena imaginada en el mundo interno del niño, donde hay un movimiento entre sus objetos internos. El *self* puede hacer identificaciones proyectivas en el interior de los objetos internos. A veces, la identificación proyectiva entra en ciertas zonas erógenas (ano, vagina, boca, etc). Es la continuación de la línea original de Klein (1988), según la cual las identificaciones no se hacen sólo por introyección, sino también por identificación proyectiva. La escena primaria es, pues, una fantasía que puede dominar el *self*. Así como el niño imagina que su cabeza (su mente) está llena de objetos en movimiento, imagina que el interior de la persona que está delante de él también está lleno de objetos. Proyecta lo que está pasando en su cabeza y cree que sucede en el cuerpo de su madre. Esto ocurre si el niño encuentra un espacio receptivo, es decir, una madre que le ofrece un lugar en ella. Si este espacio no existe, nos adentramos en el mundo recién descubierto de los niños sin identificación proyectiva: el mundo del autismo (López B, 1985; Resnik, 1986; Tustin F, 1986).

Volviendo ahora al tema de la castración: podemos hablar también de la castración edípica y preedípica o más primitiva. La castración primitiva es vivida como la pérdida o la desintegración de partes del cuerpo. MacDougall (1982) la describe así: “La ansiedad de separación es el prototipo de la angustia de castración y la presencia y la ausencia de la madre son los factores en torno a los que se va a construir la primera estructuración edípica... El trauma de la castración primitiva, que se expresa en forma de temor a la desintegración corporal y de miedo a la pérdida de la identidad, deja siempre sus huellas en las perversiones sexuales”. E. Jones (1927) define un tipo de castración primitiva y la describe como la pérdida de la libido y de la excitación a través del contacto sexual: él la llama *Aphanesis*.

Sobre el rol del padre, cito a Freud (1910), describió diferentes situaciones:

1. El rol que desempeña el padre en el desarrollo erótico del hijo. Freud nos dice: “Contacto erótico... desempeñado por el padre...”
2. Las madres con características masculinas, que desplazan al padre de su lugar. Freud nos dice: “Capaces de desplazar al padre de su lugar”.
3. Los padres ausentes desde el principio: “Los padres ausentes desde la primera etapa”, dice Freud.
4. La función del padre por la elección del sexo opuesto. Cito a Freud: “Es casi como si... la presencia de un padre fuerte asegurase que el hijo tome la decisión correcta en su elección del objeto, es decir, el sexo opuesto.” En este juego dialéctico, se necesitan a la vez figuras femeninas y masculinas.

Aulagnier (1985) señala la importancia del rol temprano del padre: “Dar, como lo hacen la mayoría de los analistas, un lugar predominante a la madre no significa olvidar el que ocupa el padre. Desde el comienzo de la vida, este ejerce también una acción modificadora del medio psíquico que rodea al recién nacido. Sin embargo, en casi todos los casos, una persona -y la mayoría de las veces la madre- tiene un rol de crianza privilegiado, ya sea ofreciendo el pecho o el biberón, y aporta con ello -por deseo o necesidad- una satisfacción vital para el bebé. Esta persona que tiene el poder de satisfacer las necesidades y, al hacerlo, ser la fuente de las primeras experiencias de placer y de sufrimiento viene a ocupar el rol de *modificador* de la realidad somatopsíquica por la cual se preanuncia la presencia de un mundo habitado.

Es por eso que la madre es también aquella a través de la cual hará mella en la psique del bebé, el primer “signo” de la presencia de un padre o de su ausencia: la elección de estos “signos” dependerá de su relación con este padre. En un tiempo posterior, pero sin duda muy cerca, el niño podrá desafiarlos y forjar los suyos propios y, crear así una relación con el padre acuerdo o en desacuerdo a la que le precedía. Sin embargo, en el registro temporal, hay una primacía de la relación materna, de la misma forma como la experiencia del embarazo induce en la madre una forma de investir el ser que lleva dentro, que no es de la misma calidad que la que tiene lugar en el padre cuando espera el niño. “Este es un privilegio «natural», la marca que llevará siempre, ya sea positiva o negativa.”

Lacan (1976) reconsidera la función del padre, que es central en el complejo de Edipo, y desarrolla el concepto del “Nombre del Padre”: “Al inicio del Edipo,

la metáfora paterna funciona por sí misma, ya que la primacía del falo se introduce en la cultura. La existencia de un padre simbólico no depende de que, en una determinada cultura, la relación entre el coito y el parto sea más o menos reconocida, sino de que haya algo que cumpla con la función definida por el Nombre del Padre.” En *Escritos*, dice: “Es en el Nombre del Padre, que debemos reconocer el apoyo de la función simbólica que, desde los albores de la historia, se identifica con la figura de la ley” (1974).

Aunque esté principalmente dedicado a la investigación de la psique temprana, Winnicott se ha interesado también por el rol del padre. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (1979), habla sobre el rol del padre como holding del de la madre, y dice: “(...) un medio capaz de sostenerla, para enfrentar los problemas”. Paineira (1998), en su artículo sobre la obra de Winnicott, nos señala una frase muy interesante de este último: “La madre es la estabilidad de la casa; el padre es la vitalidad de la calle”. Hay otras referencias y comentarios sobre el rol del padre en algunos escritos y artículos de Winnicott recogidos en el libro de Davis y Wallbridge (1981).

Identificaciones

Las identificaciones e introyecciones en el caso clínico de mi presentación no son la única explicación posible para entender todas las psicosis. No todas están producidas por un trastorno de las identificaciones o por la identificación con un padre y/o una madre psicótica. Es importante destacar las diferencias entre identificación primaria e identificación secundaria. Como he dicho antes, la identificación no puede ser la única explicación de la esencia de las psicosis. La identificación proyectiva y la fragmentación del yo también son importantes (Bion, 1972). Otro punto de vista u otro modelo para la comprensión de la psicosis es el que se refiere al fracaso de la simbiosis primitiva (Searles, 1979; Boyer B, 1983).

Freud comienza a considerar la identificación como un mecanismo más importante y vital para el aparato mental –que produce resultados de incorporación y modificación de este dispositivo- especialmente en la Introducción al narcisismo (1914b) cuando describe el ideal del yo y la conciencia moral.

En Duelo y melancolía (1917), comienza a dar a este mismo mecanismo el nombre de “identificación”. Describe cómo se pasa de una elección de objeto narcisista

a la elaboración de la pérdida de esta elección, y cómo la elaboración patológica del duelo conduce a la identificación narcisista. Así, el objeto se convierte en parte del aparato mental. La frase “La sombra del objeto cae sobre el yo” es una metáfora. El objeto ha entrado en el aparato psíquico, como parte del yo. Esta parte se disocia y establece un vínculo con el resto del yo. Así es como Freud explica el origen del superyó. Este se forma a partir del duelo de los objetos edípicos. Las identificaciones narcisistas se forman con objetos elegidos de forma narcisista. Estas identificaciones fortalecerán las identificaciones tempranas (Freud, 1939; Brundy G, 1980, 1989). Estas identificaciones primarias, junto con las introyecciones resultantes del duelo por los objetos edípicos, constituyen el superyó. Las identificaciones primarias son más tempranas (preceden a la elección del objeto); las secundarias son más tardías (resultantes del duelo por los objetos).

Cuando las identificaciones son primarias o secundarias, ¿cuál es su importancia para el pronóstico? Las secundarias, más tardías, tendrían un mejor pronóstico. Encontramos un ejemplo en el capítulo sobre el paciente Pierre-Léonard, cuando describimos su forma de mirar (Avenburg, 1975). Las identificaciones son huellas de memoria de percepciones y, como tales, no se pierden, nos dice Freud; sin embargo, se pierden las relaciones entre las huellas de la memoria.

En cuanto a la identificación más primitiva citemos este interesante comentario de Anna Freud (1985): “Me refiero a la identificación primaria del niño con la madre: somos *uno*”. Con respecto a la identificación primaria psicótica, A. Freud continúa: “Si un adulto desarrolla un proceso que pertenece al primer año de vida, entonces es psicótico.” Y añade: “La identificación primaria se encuentra sólo en los adolescentes o en los enfermos muy graves”. Por su parte, J. Sandler (1985) señala: “La capacidad de desidentificarse, de imponer fronteras, no se pierde en los adolescentes, aunque si puede estar perdida en el esquizofrénico”.

H. Rosenfeld (1987), en su trabajo con pacientes psicóticos, ha señalado que estos procesos de identificación total, o psicóticos, son la repetición exacta de mecanismos infantiles tal y como se han producido en el pasado, a los se añaden procesos posteriores de disociación o fragmentación. Tal vez la diferencia proviene de lo que Rosenfeld ha trabajado con una parte del *self* llamada parte psicótica u omnipotente.

Creo que todas las identificaciones primitivas

pueden perderse como resultado de un evento traumático, como lo he descrito en un trabajo sobre la identificación y el fenómeno nazi. Estos pacientes pueden perder el padre introyectado, sobre todo a causa de las paradojas pragmáticas a las que se ven sometidos: si el individuo se identifica con el padre como hombre, lo matan porque es un hombre, y si se identifica como judío, lo matan por ser judío (Rosenfeld D, 1984; 1985; 1986; 1988). Las identificaciones introyectivas no siempre permanecen inalterables. Todo está en movimiento. Las introyecciones también pueden perderse, o perder los lazos de las relaciones de las huellas de la memoria.

Dejo al lector sacar sus propias conclusiones sobre estas discusiones teóricas, después de revisar el material del paciente que presento a continuación. A veces la teoría no es suficiente para identificar toda la riqueza y la dialéctica del psicoanálisis clínico. La clínica, con sus juegos de identificaciones proyectivas, de introyecciones y el intercambio dialéctico contratransferencial, es a menudo mucho más rico, más dinámico y más dialéctico que la mayoría de las teorías.

Como clínico, estoy interesado en la creación o reconstrucción del rol del padre en la transferencia. La ley, el orden, lo que está permitido, el límite de tiempo, las horas fijadas, las reglas del encuadre, son formas de crear una ley, un orden y una lógica de las diferencias, así como para hacer posible un universo semántico común.

Viñeta clínica: el paciente Pierre-Léonard

Me ocuparé aquí de la vuelta al tratamiento psicoanalítico, en mayo de 1989, del paciente Pierre, después de un paréntesis de tres años. Describiré las entrevistas iniciales, y las sesiones de diciembre de 1989 y enero de 1990. Es importante recordar que tres años antes, y siendo mi paciente, Pierre tuvo un episodio psicótico después de someterse a una cirugía cerebral para extirparle un tumor benigno (glioma) del quiasma óptico.

Después de varios meses de tratamiento y de una mejoría en su cuadro psicótico, regresó a su lugar de residencia habitual, donde ejercía la profesión de veterinario. Añadamos que su padre había muerto de un mieloma de huesos antes de la operación de Pierre. En mayo de 1989, su familia decide llevarlo de regreso a Buenos Aires para una consulta conmigo, y él acepta. Un miembro de la familia informa que el paciente a veces se torna violento, bebe en exceso, lleva consigo un revólver, y, a menudo se ve envuelto en peleas; su

familia teme que pueda perder el control de sí mismo, y decide hospitalizarlo en una clínica de Buenos Aires. Voy a verlo desde la primera noche, y lo encuentro soñoliento y en un estado de confusión. Dice que se ha quedado dormido con la radio encendida y que la enfermera que vino a quitársela le ha asustado. Se sobresalta y, a continuación, reacciona con violencia.

Durante los tres años transcurridos desde la interrupción del tratamiento, Pierre ha formado una familia. Tiene tres hijos, y el comienzo de su estado actual de desorganización coincide con el nacimiento del tercer hijo, un mes antes (nótese aquí que el mismo Pierre es el tercer hijo de su familia). Se casó con la mujer que amaba en su juventud.

Pierre se vio involucrado en una disputa durante un baile y su esposa informa que después de este incidente, ha empezado a quejarse; dice que se siente mal, que su tensión es demasiado baja y que se siente débil. Su esposa lo sorprendió un día bebiendo un vaso de alcohol puro para animarse, según dijo, porque tiene todo el tiempo vértigo y la impresión de que caerá. Describiré en detalle algunos datos significativos obtenidos durante las entrevistas iniciales en mayo de 1989, y las sesiones de diciembre de 1989 y enero de 1990, en las cuales han vuelto a aparecer elementos que ya estaban presentes durante el episodio psicótico después de la operación, tres años antes.

En la primera entrevista después de tres años, en mayo de 1989, Pierre habla de por qué se siente mal. Su lenguaje es confuso, lento, lleno de pausas y vacilaciones. Dice que desde hace algún tiempo, es agresivo y se pelea con su esposa, porque ella se enoja cuando sale de noche. Durante esta entrevista, con frases entrecortadas, repite que se ha asustado cuando le han querido quitar la radio mientras la escuchaba, que sufre de vértigo, y que le han hecho venir a Buenos Aires porque se discutía con la gente. Dice también que está preocupado porque su memoria se debilita, porque ve mal y porque cree que la gente le está mintiendo. Le asusta que puedan hacerle daño ocultándole la verdad. Repite varias veces que sus pantalones le van mal, que le están demasiado grandes, que le caen porque ha perdido peso. Para demostrármelo, se levanta y me muestra su vientre. De hecho, constato que su peso parece normal, y tal vez incluso un poco excesivo. Cuando Pierre me dice que tiene miedo porque ha adelgazado, le señalo que ha aceptado verme precisamente porque está asustado y quiere que le ayude. Pierre asiente con la cabeza.

Le pregunto entonces, por qué piensa que ha perdido peso; responde que sus huesos le duelen, mientras se toca el fémur, la rodilla y el tobillo. Repite que tiene dolor en los huesos desde hace un mes y que esa es la razón por la cual pierde peso. Decido pedirle que recuerde las cosas que hablamos hace tres años, después de la operación. Añado que parece creer que todavía tiene un mieloma y que por eso piensa que pierde peso y que le duelen los huesos. Responde: “¿Debe ser psicológico, no es cierto?”.

En la siguiente entrevista, su esposa, informa que durante el mes pasado Pierre se ha estado haciendo varias transfusiones de sangre porque cree tener anemia; piensa que no tiene suficiente sangre. Esto parece ser una identificación con su padre, afectado de un mieloma, de un cáncer. En un momento dado, le pregunto si no cree que se confunde con su padre cuando se imagina que todo el mundo le miente, que yo le miento acerca de su diagnóstico, cuando piensa que un mieloma le devora, que está a punto de morir. Entonces, por primera vez durante esta entrevista, Pierre habla con más claridad de lo habitual, y dice:

Paciente (P): “Es una manera de tener a mi padre cerca de mí, ¿no? Creo que mi padre va a volver y va a insultarme hoy; esto es lo que me temo...” Luego habla de su hijo, nacido un mes antes y repite que teme perder la memoria. Dice de nuevo que pierde peso. Le pregunto si el nacimiento de su hijo menor podría haber tenido alguna relación con la crisis actual. Responde:

P: No sé, es posible

Terapeuta (T): “Tal vez el hecho de tener tres hijos ahora, como su padre, le hace creer que usted es su padre. Es quizá por eso que se siente como su padre, se cree que es un padre anciano, con un mieloma, a punto de morir”. Pierre piensa por un momento.

P. (Tartamudea sonidos incomprensibles y de repente habla con mayor claridad): “Entonces, doctor, esto es una cosa psicológica, es psicológico...” (Rosenbaum et Sonne, 1986).

Más tarde se establece el siguiente diálogo:

T: “Sabe, piensa que pierde peso, que tiene muy poca sangre. Al parecer, de nuevo se confunde con su padre y también cree que le mentimos acerca de su diagnóstico. ¿Cree que es por eso que ha querido regresar a Buenos Aires a verme?”.

P: “El regreso a Buenos Aires me ha recordado que acompañé a mi padre aquí: ya sabía que tenía un mieloma, cáncer en los huesos, pero le decía: “No es nada,

no tienes nada... Le mentía”.

T. (Pierre me mira fijamente): “Entonces, puesto que ha regresado a Buenos Aires, cree que está tan enfermo como su padre y piensa que le estoy mintiendo”. Después de una de mis interpretaciones, Pierre recuerda que su padre solía golpearlo, mientras le impedía gritar. Agrega que no se siente “muy fuerte” y se queja de que sus hermanos, que tienen mejor salud, se burlan de él. Estas observaciones están salpicadas de injurias.

El final de esta sesión es bastante significativo. Le digo que sus ataques se han iniciado con el nacimiento de su hijo menor. Pierre habla de nuevo de sus huesos que le duelen, de sus rodillas, de las transfusiones de sangre, repite que sus hermanos le quitan su dinero: sospecha que le engañan, que roban su dinero. A continuación, desplaza esta fantasía en la transferencia y comienza a pensar que le pido demasiado dinero.

En otra sesión vuelve a aparecer la idea de que su padre volverá para insultarle. El material parece sugerir que hay en Pierre un padre odiado, que lo persigue, lo ataca y le produce dolor desde el interior, y otro padre, proyectado en el exterior, que se burla de él, le insulta y quiere robarle sus posesiones.

La sesión de la cual voy a transcribir una parte a continuación, tiene lugar diez días después de su hospitalización y muestra claramente su estado paranoide.

P: “Sí, uh ... es ... uh ... me hacen todo esto a propósito y se meten en mi camino, como la chica que me pisó el pie en la calle, y me ha hecho daño con el talón, fue a propósito ... la chica a quien he llamado «culo gordo»... y también es expresamente que se ríen de mí ... aquí en la clínica la gente se burla de mí, soy el centro de atención de todo el mundo (el analista piensa aquí en un delirio de autoreferencia), se burlan de mí (algunas frases ininteligibles), esconden los auriculares de mi radio... y luego ponen galletas en mi bolsa a propósito... la gente, aquí, en la clínica ... y bueno, yo, entonces saco las galletas”.

T. “¿Cree que es a propósito?”.

P. “Sí, sí, a propósito... Tengo miedo de las reuniones sociales, de estar con gente... en grupos en los que se habla... Tengo miedo de alguien mayor que yo, o de alguien más fuerte”.

Aquí el terapeuta considera la transferencia, se pregunta si Pierre tiene miedo de él, o de su padre, como dijo en la primera entrevista, o de una persona mayor que pudiera hacerle daño. Continuando esta hipótesis, le pregunta:

T. “¿Tiene miedo de que alguien pueda hacerle daño, alguien más viejo? ¿Quién puede ser? ¿Podría ser su padre, o yo mismo?”.

Entonces Pierre comienza a hablar de los problemas que tiene con sus ojos, de su dificultad en ver lo que tiene delante de él. A pesar de una gran mejoría después de la extirpación del tumor que estaba presionando sobre el nervio óptico, tiene cierta dificultad en ver las letras y los números que están delante de él, y debe mirar de lado, como si su vista lateral fuera mejor. Estas observaciones conducen a un material muy interesante, que transcribo literalmente.

P. “Quiero hablarle de mis ojos, de mi vista, porque mi esposa me dice todo el tiempo: «Mira esta casa, mira en el periódico», y no me apetece leer, leo, pero, sabe, la luz en los ojos me molesta...”.

T. “¿Cómo esta lámpara, aquí?”.

P. “Cuando la lámpara está así, o que tengo el sol en mi cara, me molesta, no puedo leer. Esto es normal, ¿no?”.

T. “Sí, si tiene la luz en sus ojos. Pero tal vez hay algo más que le preocupa”.

P. “Pero mis ojos estaban mucho peor antes de la operación, ¿no?”.

T. “Sí, y ahora, ¿cómo van?”.

P. “Bueno, un poco mejor, pero... no sé por qué... y esta fobia que tengo, estoy hartado, es como si fuera, usted sabe, doctor, una imitación de mi padre”.

Con admiración y sorpresa, le pregunté sobre su creación lingüística:

T. “¿Cómo, una imitación de su padre?”.

P. “Bueno, la imitación de mi padre son los huesos que me duelen y que mi padre siempre estaba enfadado”.

T. “¿Como usted?”.

P. “Eso es. Decía palabrotas, insultos, me gritaba, me golpeaba y encima me decía que no gritara, decía: «Cállate! ¡Imbécil!», y usted sabe, doctor, yo... yo soy la imitación... es como si lo que quisiera, es imitarlo, así que desconfío, desconfío cuando miro... y debe ser ese, el problema de los ojos, ¿no?”.

T. “¿Qué quiere decir, que no confía cuando mira? ¿Es porque no ve bien de cara?”.

P. “Es que no ver bien me hace sospechar, y me asusta”.

Pierre continúa su notable descripción.

P. “Doctor, imito los gritos de mi padre, porque gritaba insultos durante todo el día... y lo imito también

no permitiéndome ver bien... Lo imito en todo... incluso siendo un agricultor como mi padre, y al no ver bien, como él. Mi padre miraba hacia delante y podía ver bien, pero cuando alguien le hablaba, miraba de lado”.

T. “¿Por qué? ¿Llevaba gafas?”.

P. “No, porque desconfiaba, miraba de lado, se volvía así, a un lado. Siempre parecía enfadado y asustaba a la gente. Usted sabe, doctor, era su defensa contra el miedo”.

T. “Sí, claro”.

P. “Bueno, entonces, es por eso que me gritaba y golpeaba, ¿de acuerdo? (Silencio). Y me siento culpable de dejar todo esto atrás... de salir adelante”.

T. “Está empezando a descubrir que tal vez su tendencia a mirar de lado no tiene una causa orgánica, que puede ser una manera de ser como él, como acaba de descubrirlo usted mismo. Su padre siempre estaba enojado, y miraba con recelo. Tenga en cuenta que me muestra su dolor, su rodilla, su pie y cree tener un mieloma, al igual que su padre. Cree que adelgaza, al igual que su padre cuando estaba enfermo”.

P. “Y quiero hacerle frente, ¿no?”.

T. “¿Pero puede, si o no? ¿Qué piensa?”.

P. “El odio me hacía sentir culpable, ¿no es así, doctor? Quizá por eso lo imito... Desprenderme de él... uh... uh... quizás puede significar también, no ver mejor, ¿eh?”.

T. “Sí, puede ser”.

P. “Y sin embargo... y además el hecho de que no podía ver bien debido a la presión sobre el quiasma óptico, es decir, además, del quiasma óptico, lo imito, ¿no es así? Sabe, empiezo a recordar mejor las cosas”.

T. “Sí, piensa, piensa usted solo”.

Pasemos ahora a las sesiones de diciembre de 1989 y enero de 1990, que muestran algunos cambios notables en la forma de expresarse de Pierre y su capacidad para mostrar los afectos; lo que es aún más importante, descubre la importancia del rol del padre en su mundo interior. Sólo a partir de ahí empieza a desidentificarse de un padre que funcionaba en los niveles más primarios de identificación como un superyó severo y cruel. El terapeuta mismo se sorprende cuando descubre que la visión borrosa del paciente, que consistía en mirar de lado, era una identificación, o una imitación que hacía de su padre (el padre desconfiado mirando de lado, con recelo). A partir de su desidentificación, el paciente puede empezar a ver, leer y escribir mirando

de frente. Es importante tener en cuenta el proceso de creación del espacio mental que se produce cada vez que el paciente pregunta y descubre “esto es psicológico”, o “esto es una fantasía”.

Sesión del 15 de diciembre 1989

Esta sesión es importante porque nos permite observar que el paciente, en lugar de su habitual verborrea, sembrada de insultos (coprolalia), utiliza un lenguaje más pulido y puede llamar a su esposa, diciendo cariñosamente que la hecha de menos. Luego, el terapeuta dice:

T. “Tenga en cuenta que a lo largo de toda esta sesión no ha proferido insultos, y no ha mencionado el mieloma que cree tener”.

P. “Y me veo bien, ¿no? Antes miraba de lado, era desconfiado. Ahora, ya casi no miro de lado. Solo cuando monto en cólera. Pero sólo cuando me enfado o cuando tengo miedo”.

T. “Es decir que cuando está enfadado o tiene miedo, es igual a papá, y mira de lado”.

P. “De lado, era debido a la desconfianza, y me he convertido en mi padre, insultando, fastidiando a todo el mundo... sin dejar a los otros hablar o dar su opinión. Yo hablaba con él... no se podía hablar con papá, no se podía ser fuerte, no se podía... Y ahora, ya no insulto a mi esposa”.

El terapeuta piensa que esto es importante: Pierre empieza a hablar de recuperar los títulos de los estudios hechos en Italia. Sueña con volver a estudiar. Esto me hace reconsiderar mi diagnóstico. Mientras lo pienso, el paciente dice, textualmente:

P. “Venía también para saludarle y agradecerle lo que ha hecho por mí. (Esta es una referencia a la transferencia). A continuación, el paciente habla de su esposa.

P. “Sabe que soy cariñoso con ella, la mimo... tengo buenas relaciones sexuales, disfruto de ella más que nunca; va mucho mejor”.

T. “Hay más amor y menos violencia”.

P. “Empiezo a encontrarme a mí mismo como Pierre, me encuentro como sujeto”.

T. “Ya no es papá, es usted mismo”.

P. “Las cosas que han pasado... que no podía recordarlas, que no las conectaba entre ellas y que comienzan a aparecer, empiezo a recordar. Me olvido mucho menos. El otro día me puse a escribir en italiano; ¡maldita sea, había dejado de escribir!”.

El paciente se echa a reír, con una sonrisa plena, sin

tics, sin insultos.

T. “Hacía mucho tiempo que no reía durante las sesiones de esta manera tan agradable”.

P. “Ahora... en este momento me llevo bien con mi esposa, disfruto de ella, disfruto mucho, disfruto, cada uno ha mejorado la relación entendiéndonos mejor con el otro. Cuando me enfadaba, golpeaba a mi hijo”.

T. “No sabía que lo pegaba”.

P. “Sí, y ahora se enfada, se rebela”.

T. “Recuerde que cuando su tercer hijo nació, perdió el control de sí mismo, y tuvo que ser hospitalizado”.

P. “Creo que me sentía como un hijo castigado, maltratado, y no como un padre... Pensaba que era el tercer hijo, no papá”.

Sesión del 19 de diciembre 1989

Alrededor de la mitad de la sesión, comenta un sueño.

P. “He soñado con mi esposa. A veces pienso... pienso en mi esposa, y de hecho, nos llevamos bien, pero debo... uh... seguir adelante, ¿no? Con... mi esposa, tengo mis hijos, ¿no? que... me necesitan, también, ¿verdad? y... y... creo que no querría crearles todo un complejo, temo que puedan sufrir, o mi mujer... que mis hijos crezcan bien... sin... sin problemas”.

T. “No quiere que sufran como ha sufrido usted cuando era un niño”.

El paciente asocia historias de su miedo a los animales y a los insectos en su niñez.

P. “Es como si los animales fueran mi padre cuando se volvía violento y tenía miedo... como cuando me golpeaba y me insultaba”.

En ese momento, recuerda un momento en que su padre cortó la oreja de un perro, y dice:

P. “Tuve mucho miedo en ese momento, cuando sangraba”.

Después de la sesión, el terapeuta comprende que, en este momento, el miedo infantil a los animales es una proyección del temor al padre y de la castración, que aparece aquí en el recuerdo de la oreja que le corta al perro.

P. “Tenía miedo de ser herido, también, de ser herido o golpeado”.

Pierre recuerda que, cuando era niño, se hablaba mucho en casa de alguien que había sido asesinado con una pistola o un cuchillo. Luego, el terapeuta interpreta:

T. “Es de usted mismo de quien habla; siempre ha temido que le atacaran, que le cortaran la oreja, o las «bolas», o el pene, como a los animales. Ha tenido miedo

de ser castrado, estaba asustado.

P. “Y eso no me dejaba hacer cosas, ¿no es así?”.

T. “Por lo tanto, su temor estaba basado en algo real. En su casa, le pegaban. Eso es cierto, y luego ha dejado salir fuera todo este miedo, y lo podía ver fuera en todos: miedo de la gente, de los animales...”.

P. “Sí, en todos los adultos...”.

T. “Sí, los adultos eran papá”.

P. “Parece que tenía a mi padre en la cabeza, ¿no? Es decir, que lo odiaba, ¿verdad? Y creo que eso no me dejaba crecer”.

Continúa.

P. “Bueno, entonces puedo ser Pierre, puedo hablarle, puedo leer, puedo escribir, puedo hablar otro idioma, puedo hablar con gente, puedo aprender, ¿no es así, doctor? Es decir, puedo ver, también empiezo a ver lo que... empiezo a deshacerme de... a sacarme mi padre de la cabeza, así que veo el miedo, ¿eh? El miedo de no ver parece el miedo a no crecer, ¿verdad? Crecer en la vida, doctor, ¿no? ver, mirar, aprender, deshacerme de los miedos”.

Sesión de enero de 1990

Durante esta sesión, el paciente dice que quiere agradecer a su esposa y traer regalos a sus hijos. Luego, el terapeuta dice:

T. “Como era desconfiado, miraba a la gente de lado (con recelo) y ha terminado mirando de lado como él”.

P. “Sí, sí, en realidad, se trataba de un problema psicológico, ¿no? de ser así, de mirar... es decir, a veces miramos la figura del padre cuando somos niños, cuando somos adolescentes, para desarrollarnos también como un hombre, ¿no?”.

T. “Y ha terminado por imitarlo todo. Y entonces ha pensado que era su vista; pero no, simplemente imitaba a papá”.

P. “Uh... Quería ofrecerle algo... voy a comprar regalos para los niños, ¿no es así?”.

El rol del padre en la evolución normal y en la psicosis

En la dinámica de pequeños grupos —una familia, por ejemplo—, los roles son funcionales e intercambiables según los momentos, dependiendo de las realidades con las que hay que enfrentarse y de las características personales o de «especialización» de cada miembro. En este sentido, la relación con el mundo exterior no es

sólo la del niño-cara-al-mundo o, como dicen los filósofos, el hombre-cara-al-mundo; la concibo de otra manera: es una relación dialéctica. Como dice Sartre, donde inicialmente el niño se integra es en el pequeño grupo, la familia, y es a partir del grupo, es decir, a través de un grupo, que se producen el contacto con la realidad externa y su conocimiento. No es una relación mecanicista, sino dialéctica: el pequeño grupo es el intermediario. Es el pequeño grupo y no el hombre solo el que se enfrenta al mundo.

Si utilizamos este modelo, la inclusión en los códigos sociales, afectivos y simbólicos es a través del grupo familiar o con cada uno de sus miembros, de acuerdo a las capacidades personales de cada uno para incluir al niño en los códigos simbólicos, afectivos, sociales, de conocimiento y de pensamiento. Cada miembro de la familia puede desempeñar aspectos parciales del “rol de padre” e incluso sustituirlo. Lo que es importante es la tarea o el rol de padre, que consiste en deshacer, aclarar, dismantelar y retirar al niño de lo que se conoce, en la teoría de la comunicación, como mensajes paradójicos o paradojas pragmáticas. Son los mensajes que los expertos en teoría de la comunicación definen como capaces de causar un impacto real, concreto y de cambiar el *self* (la mente) y la conducta del receptor mensaje (Lieberman, 1982). En especial, quiero poner de relieve los mensajes con doble vínculo (*double bind*), órdenes contradictorias, respuestas tangenciales, descalificaciones, etc., susceptibles de volver loco al niño que los recibe. De ahí el nombre de pragmáticos, ya que estos mensajes producen efectos reales y concretos (Watzlawick, Beavin et Jackson, 1976).

El rol de padre se podría llamar el rol de *descodificador*. En la psicosis, este rol no está cubierto, no rectifica los mensajes paradójicos emitidos por la madre o los otros miembros del grupo primario. Puede enviar mensajes con doble vínculo y no puede ayudar a los hijos a salirse de las paradojas pragmáticas en las que están ambos inmersos. Hay que recordar que la característica de los mensajes paradójicos es que nada de lo que el niño hace o dice se considera bueno o adecuado; sea lo que sea lo que responda, su respuesta se considera mala, y al niño sólo le queda un camino disponible: fracturar su *self*, volverse loco, o tratar de eliminar al emisor del mensaje, ya sea dentro o fuera. El rol del padre está cubierto, cuando las ansiedades primitivas del niño son contenidas, es decir, cuando el *holding* (la contención, la restricción, el apoyo) existe, o cuando el

rol de padre existe como una presencia psicológica y no sólo física.

La presencia real del padre en una familia no garantiza la existencia de la función paterna; hay padres que están presentes durante todo el día, mientras que están ausentes en lo que respecta a la atención psicológica. El verdadero alimento del *self* es la atención afectiva, la atención psicológica. En resumen: el rol del padre es especialmente importante y notable en los niveles preedípicos. Su ausencia es la base de las psicosis, y sólo entonces viene el rol del padre a nivel edípico.

Decíamos que la función del padre es uno de los roles del pequeño grupo, o del grupo primario, en el que el niño se desarrolla. Es un rol de *holding*, de contención de afectos, de ansiedades y de temores. *Es complementario e indisoluble de la función materna y ambos forman un proceso dialéctico.* El padre debe estar disponible para recibir las identificaciones proyectivas y retornarlas modificadas y, también, deben ser resistente a las identificaciones proyectivas invasivas o parasitarias (Malher, 1971). Debe tener a la vez espacio y tiempo. Un aspecto de la capacidad receptiva del padre, que debe completarse con la función materna, receptiva y femenina, es la capacidad de contener, en su interior, los miedos, los afectos, las ansiedades psicóticas, las identificaciones proyectivas parasitarias del niño.

Estar receptivo no significa ser una mujer o ser femenino. La capacidad receptiva es una cualidad esencial para contener al niño, crearle una envoltura psicológica, una piel que lo cubra, y esta tarea concierne a los dos padres. Algunas concepciones del espacio interior, de la capacidad receptiva, relacionadas con el cuerpo de la mujer, que es la única que puede llevar a los niños y dar a luz, son, por supuesto, exclusivas de la madre-mujer. Como dice Annie Anzieu (1989): “El odio contra los contenidos maternos y el deseo que suscitan son lo suficientemente fuertes para causar una sensación de limitación o de ahogo catastrófico del ser-mujer a causa del modelado sufrido por el contenedor maternal”.

Si no existe un espacio de padre (y de madre, como un conjunto) para recibir sus identificaciones proyectivas, el niño no podrá aprender a desarrollar sus identificaciones útiles ni la introyección. Así como los hermanos unidos pueden compensar la ausencia de la madre, el grupo cohesionado puede sustituir el rol de padre ausente. El rol del padre es útil cuando satisface las necesidades de cada una de las etapas evolutivas del

desarrollo infantil: los roles del padre serán de utilidad de acuerdo a las etapas.

La constancia del rol y la estabilidad afectiva son fundamentales para ser creíbles para el niño. La falta de consistencia puede provocar desilusiones. Las grandes decepciones o los traumatismos pueden desdibujar o borrar y hacer perder las introyecciones recibidas previamente, o las relaciones internas con el objeto. La necesidad de apoyo, de soporte y de ayuda proporcionadas al mundo interior es permanente, para hacer que contenga objetos con funciones y roles de los que surgirán siempre fantasías.

La escena primaria es un juego de figuras paternas y maternas en movimiento, un espacio teatral lleno de personajes. La falta de un tercio genera dificultades para la concepción del espacio tridimensional: lo he podido observar a través de mi experiencia con los niños. Es bien sabido que el rol del padre, o el padre real, desempeñan el rol principal en el complejo de Edipo; su estructuración y su resolución son fundamentales para la estructuración mental. Por lo tanto: el rol del padre es el de un descodificador de mensajes, un rectificador, un facilitador del grupo primario.

Parte de la función del padre es proporcionar coherencia afectiva a las sensaciones y percepciones del mundo de los objetos vivos que rodean al niño. Este rol es inseparable del rol de la madre. La persona de sexo masculino que cumple el rol del padre deberá permitir y ayudar la identificación sexual masculina, la diferencia entre los sexos y el resultado final de un largo proceso evolutivo, que sólo puede obtenerse después de identificar el exterior y el interior, el yo y el tu, el espacio mental lleno, del vacío; la creación de la noción psicológica de piel que envuelve y contiene con una voz, un olor, un tacto y una melodía conocidas (Anzieu, 1985). Sólo cuando los roles preedípicos están cubiertos, o interpretados, podemos entrar en el mundo de los objetos totales y del complejo de Edipo descrito por Freud. Sólo así podremos llegar a la experiencia de ansiedades depresivas y a la identificación introyectiva del objeto total.

Hay sociedades en las que los códigos sociales ponen al hombre-padre en el rol de hacer frente a la realidad exterior. Pero mi experiencia con pacientes gravemente enfermos (drogadictos, psicóticos, etc.) me ha permitido observar cada vez más claramente la existencia de microculturas, con sus propios códigos. Obviamente, se trata de una estructura y de un

conjunto de relaciones, y en esta totalidad se incluye al hijo. El niño tiene sus propias fantasías, su propia forma de organizar las sensaciones, las percepciones y los afectos, su manera particular de manejar las ansiedades esquizo-paranoides y depresivas. El niño puede tener sus propias perturbaciones que pueden afectar la recepción de introyecciones en su mundo interno; también puede tener su particular manera de utilizar las identificaciones proyectivas, ya sea a través de una comunicación normal, o de una manera exagerada, masiva o omnipotente. También existe la envidia y el odio.

El rol del padre también es concedido por el niño. Un bebé que se aleja, rechaza el pecho y no acepta la atención materna, es un niño que impide a la madre a ser madre. Es lo mismo para los niños que impiden que el padre sea padre. El rol del padre no existe como algo en sí mismo. Este rol es, sin embargo, un largo proceso dialéctico de creación y aprendizaje que probablemente nunca termina. Lo que se conoce como el rol del padre es un proceso en movimiento y no una definición estática.

Por supuesto, sería deseable, o ideal, que el rol del padre sea cubierto por el verdadero padre del niño, y que sea una figura unitaria que centre o concentre todas las funciones y los roles enumerados; así como muchas otras funciones que van más allá de las palabras y más allá del alcance de esta presentación.

Traducción del francés por Brenda Tarragona.

Bibliografía

- ANZIEU, A (1989). *La femme sans qualité*, Esquisse psychanalytique de la féminité, Dunod, Paris, p. 138.
- ANZIEU, D (1985). *Une peau pour la pensée*, Clancier-Guénaud, Paris.
- AULAGNIER, P (1985). Naissance d'un corps, origine d'une histoire, *Corps et histoire, IV^e Rencontres d'Aix-en-Provence*, Les Belles Lettres (dirigés A. Mijolla).
- AVENBURG, R (1975). *El aparato psíquico y la realidad*, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- BION, W. R (1972). *Volviendo a pensar*, Ed. Horme-Paidós, Buenos Aires.
- BRAUDEL F (1985). *La Méditerranée. L'espace et l'histoire*, Flammarion, Paris.
- BRUNDY, G (1980). La repression primaria en la obra de Sigmund Freud, *Psicoanálisis, Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires* (APdeBA), p. 401-486.
- BRUNDY, G (1989). *Conferencia sobre metapsicología en Freud*, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA).
- CHASSEGUET-SMIRGEL J (1986). The role of the father and the mother in the psyche. *Sexuality and mind*, New York University Press, New York and London.
- DAVIS, M. ET WALLBRIDGE, D (1981). *Límite y espacio*. Introducción a Winnicott, Amorrotu, Buenos Aires.
- FREUD, S (1898). *Sexuality in the aetiology of the neuroses*, SE, vol. III.
- FREUD, S (1899). *Letters numbered*, SE, vol. I.
- FREUD, S (1900). *The interpretation of dreams* (Chapter 4), SE, vol. V.
- FREUD, S (1905). *Three essays on the theory of sexuality*, SE, vol. VII.
- FREUD, S (1908). *On the sexual theories of children*, SE, vol. IX.
- FREUD, S (1913). *Totem and Taboo*, SE, vol. XIII.
- FREUD, S (1914a). *Schoolboy psychology*, SE, vol. XIII.
- FREUD, S (1914b). *On Narcissism: An introduction*, SE, vol. XIV.
- FREUD, S (1917). *Mourning and melancholia*, SE, vol. XIV.
- FREUD, S (1939). *Moses and monotheism*. SE, vol. XXIII.
- FREUD, A. (1985). *The analysis of defense* (Sandler J. with Freud A.), International Universities Press, Inc., New York.
- JONES, E (1927). *Psicoanálisis y sexualidad femenina*, Ed. Horme, Buenos Aires.
- KLEIN, M (1945). El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas, *Contribuciones al Psicoanálisis*, Ed. Horme, Buenos Aires, 1964.
- LACAN, J (1974). Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis, *Escritos 1*, Siglo XXI, Buenos Aires, Madrid.
- LACAN, J (1976). *Las formaciones del inconsciente*, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- LIBERMAN, D (1972). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, Reedición 1982.
- LOPEZ, B (1985). Una distorsión semántico-pragmática: El paciente del discurso interrumpido, *Psicoanálisis, Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, p. 279-300.
- MacDougall, J (1982). *Alegato por cierta anormalidad*, Ed. Petrel, Buenos Aires.
- Malher, M. in Abelin E (1971). The role of the

La concepción psicótica de la imagen corporal

father in the separation-individuation process. *Separation-individuation*, Ed. J. McDevitt Settagge, New York, Int. Univ., p. 229-253.

MELTZER, D (1973). *Sexual states of mind*. Perthshire, Clunie Press

PAINCEIRA, A (1998). Nacimiento y desarrollo del self a partir de la obra de Winnicott, *Psicoanálisis*, Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, p. 257-280.

RESNIK, S (1986). *Teatros del sueño*. Tecno Publicación, Madrid.

ROSENFELD, D (1984). Hypochondrias, somatic delusion and body scheme in psychoanalytic practice, *International Journal of Psychoanalysis*, 65, p. 377-387.

ROSENFELD, D (1985). Distorsions: sur un mode particulier de résistance, *Nouvelle revue de psychanalyse*, 31, Paris, Gallimard, p. 191-199.

ROSENFELD, D (1986). Identification and its vicissitudes in relation to the nazi phenomenon, *International Journal of Psychoanalysis*, 67, p. 53-64.

ROSENFELD, D (1988). *Psychoanalysis and groups*,

History and dialectics, Karnar Books, London.

ROSENFELD, H (1987). *Impasse and interpretation*, Tavistock, London.

ROSENBAUM B. ET SONNE H., A (1986). *The language of psychosis*, New York University-Press, New York and London.

SANDLER, J (1985). *The analysis of defense* (Sandler J. with Freud A.), International Universities Press, Inc., New York.

SEARLES, H (1983). *Countertransference*, International Universities Press Inc., New York, 1979.

SEGAL, H (1988). *Introduction to the work of Melanie Klein*, Tavistock, London, 1962. Reprinted, Karnac, London.

TUSTIN, F (1986). *Autistic barriers in neurotic patients*, Karnac Books, London.

WATZLAWICK, P, BEAVIN, J, ET JACKSON O (1976). *Teoría de la comunicación humana*, Ed. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires.

WINNICOTT, D (1979). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Ed. Laia, Barcelona.