

# CONTROL Y DESCONTROL DE LAS REGRESIONES. REVISIÓN DE ESQUEMAS TEÓRICOS Y VISIONES CLÍNICAS

Carlos A. Paz. (A.P.M.)

Sándor Ferenczi fue sin duda uno de los investigadores más osados en los comienzos del psicoanálisis, y el terreno de la regresión fue uno de sus campos de exploración. En esta presentación he deseado a la vez que situarlo en sus construcciones originales, tratar de verlo desde nuestra perspectiva actual teórica y clínica, en lo que hace a la regresión y sus funcionamientos en el proceso analítico.

Comenzaré esta sintética revisión por estas afirmaciones de Sigmund Freud en los “Estudios sobre la Histeria”: “Hemos encontrado en efecto y para sorpresa nuestra, que cada síntoma histérico desaparecía inmediata y permanentemente cuando se lograba despertar con toda claridad el recuerdo del suceso desencadenante y con él, el afecto que lo acompañaba” y “describiendo el paciente con el mayor detalle posible dicho suceso, anula la efectividad de la representación, no descargada por reacción, permitiendo encontrar la salida a través de la palabra”. Y al par de su interés por la transferencia y la regresión, Freud se interesó por la regresión onírica, que aparece mediatizada por el relato del paciente. Freud agrega: “llamamos regresión cuando en un sueño una representación vuelve a transformarse en la imagen sensorial de la que alguna vez surgió”. En 1912, destacó la parte específica jugada por la regresión en la situación analítica, y la interacción y relación de la regresión con procesos como la introversión y la represión. “Esto es responsable de la más amplia parte de la resistencia, la que a menudo causa la persistencia de la enfermedad, aún cuando el alejamiento de la realidad haya perdido su justificación temporaria. El análisis tiene que luchar contra las resistencias de esas dos fuentes”. En 1916 escribió: “Hay mucho más que decir sobre regresiones de la misma libido cuando tomamos en cuenta también otro grupo de neurosis: las narcisísticas. “Estos trastornos nos dan acceso a otros procesos de desarrollo de la función libidinal, que no hemos mencionado hasta ahora, y nos muestran correspondientemente nuevas formas de regresión” (1914).

También relató Freud cómo el descubrimiento de la regresión transformó el desarrollo de la técnica psicoanalítica, la que tuvo que tomar en cuenta que, “la regresión lleva constantemente hacia atrás, primeramente nos trae a la pubertad, luego a fracasos y aspectos que hasta ahora eluden explicación y conducen el trabajo analítico aún más atrás, a los años de la niñez, lo que hasta ahora habían sido inaccesibles a todo tipo de exploración. Esta dirección regresiva se tornó importante característica del análisis” (1916). “Cuán falaz era pasar por alto la regresión en la técnica analítica” destacó Freud a partir de Dora.

En 1915 en la tercera edición de “Tres Ensayos”, Sigmund Freud especificó que la regresión puede ser importante factor patógeno, y enuncia luego dos acciones de la regresión, como mecanismo de defensa y como factor patógeno.

Creemos que estas citas nos permiten comprender, hoy, la importancia otorgada por S. Freud al fenómeno de la regresión y la amplitud de sus distintas aproximaciones al tema, ya que al revisarlas encontramos reflejado lo esencial de ella en sus aspectos teóricos, técnicos y clínicos. Terminaremos esta sintética revisión con esta frase freudiana: “La regresión tiene aún otra función, la de aliada en la terapéutica psicoanalítica”.

En 1912 Sándor Ferenczi escribe sobre la regresión: “En los casos aportados el fenómeno de la regresión, descubierto por Freud, está en cierto modo tomado en vivo. De este modo determinado rasgo caracterial sublimado, puede a consecuencia de una decepción, suponiendo que existen las fijaciones

correspondientes en el desarrollo psíquico, retomar al nivel infantil, en que la satisfacción del instinto, aún no sublimado, no hallaba obstáculos. El individuo herido en su vanidad retorna a las bases y estas regresiones súbitas al autoerotismo anal, uretral y genital, explican también el porqué tiene tanta fuerza en los estados ansiosos (el miedo a los exámenes ejemplo) la tendencia a recurrir a esta forma de erotismo”. La técnica activa - aunque hoy podamos disentir con ella -, permitió a Ferenczi contactar con los niveles más regresivos de la personalidad. Fruto de sus inquietudes fueron sus influencias en múltiples investigadores posteriores. Por otra parte resulta evidente que Ferenczi fue el primer analista en impulsar el trabajo con casos difíciles: pacientes borderline, narcisistas y condiciones psicósomáticas. Por esta circunstancia trabajó continua e intensivamente en un medio de altas tensiones emocionales, con constantes estímulos negativos, eróticos, de dependencia y muchos otros sentimientos. El caso de RN, Elizabeth Severn, es un aporte para comprender el tipo de paciente regresivo que trató Ferenczi, en este caso una personalidad narcisista grave o una psicosis histérica. Utilizando técnicas de relajación y de regresión, se levantó una amnesia temprana, se hallaron los detalles faltantes de la infancia de Isabel y de su fragmentado self. Los recuerdos inconscientes recuperados eran horribles y bizarros. A medida que se profundizaba el análisis Ferenczi y Elizabeth quedaban incrédulos, no solo crímenes y mutilaciones, sino experiencias de ser envenenada, drogada y prostituida, aparecían en los materiales inconscientes de Severn. Ferenczi sostuvo que Severn hizo una precaria adaptación psicológica a su aparentemente insostenible situación infantil. Las nociones de *splitting* psicótico y de disociación introducidas por Ferenczi en 1929 en el Congreso de Oxford deben haber resultado esenciales para su aproximación a estos niveles regresivos, y para sus hallazgos en estos terrenos. El caso de la “Mujer Croata Música” le permitió alcanzar una postura técnica donde: “la relación transferencial era concebida no como estimulante de la regresión y la dependencia para alcanzar una neurosis de transferencia, sino como una viviente experiencia emocional, para resolver activamente y elaborar (*work through*, *historical conflicts*) en el aquí y ahora de la sesión analítica y en el trabajo real”.

¿Y que dijo Freud de como tratar la regresión durante el análisis? Su postura aconsejaba que cualquiera fuera el grado de regresión del paciente, el analista conservara su actitud de simpatía y objetividad pasiva, respondiendo a los anhelos y deseos vehementes del paciente solo mediante la interpretación. Sin embargo en su artículo de 1918, apoyó las experiencias con la técnica activa, afirmando inclusive que la idea le pertenecía.

Finalmente diremos que para Ferenczi el objetivo del análisis debía ser:

- a) Ayudar al paciente a regresar a la situación traumática.
- b) Observar muy cuidadosamente que grado de tensión podía soportar en ese estado.
- c) Cuidar que la tensión permanezca aproximadamente en ese nivel respondiendo de manera positiva a los deseos, anhelos y necesidades del paciente en estado de regresión.

Y acaso Judith Dupont sintetizó como nadie la relación de Ferenczi con la regresión: “Pero esta regresión necesaria para el proceso curativo puede tomar distintas direcciones, una favorable, la otra imposible de mantener bajo control, Balint llamó benigna a la primera, y maligna a la imposible de controlar. Los fracasos de Ferenczi se originaban en su inhabilidad para identificar los factores que estaban determinando la evolución en una u otra dirección. El entendió bien que algo debía darse a los pacientes regresados hasta que ese nivel pregenital y que ese algo debía ser cuidadosamente medido. Pero él no pudo determinar lo que podía y debía ser garantizado o lo que podría iniciar una incontrolable evolución. O tal vez no vivió lo bastante para descubrirlo” (1994).

La figura de Michael Balint ocupa sin duda, un lugar prominente en la temática de la regresión, a la que estudió dentro de una teorización del desarrollo humano, sustentado en algunas nociones propias, como la de Falta Básica por ejemplo. “El origen de la Falta Básica puede remontarse a una aguda discrepancia (en las primeras fases formativas del individuo) entre las necesidades biopsicológicas del individuo y los cuidados psicológicos y materiales que se le brindaron, como la atención y el afecto de que fue objeto en los momentos oportunos. Esta discrepancia crea un estado de deficiencia, cuyos efectos posteriores parecen solo parcialmente reparables”. “Se trata de una falta, algo que falla en la psique, una especie de deficiencia que es menester reparar. No es algo contenido, sino que es algo que el paciente echa de menos ahora, o quizá

haya echado de menos toda su vida” (1979).

Es importante subrayar que las regresiones descritas por Balint, se producen siempre dentro de la situación analítica, es decir en una relación objetal. Balint las denominó como benigna y como maligna.

La forma benigna de la regresión se caracteriza por estos rasgos:

- a) Facilidad para establecer una relación básica, de confianza mutua, que recuerda la relación original con las sustancias primarias.
- b) Regresión que lleva a un nuevo comienzo y culmina en un descubrimiento.
- c) La regresión busca el reconocimiento de los problemas internos.
- d) Ausencia de signos histéricos agudos y ausencia de elementos genitales orgásticos en la transferencia regresiva.

La regresión maligna es casi lo opuesto a la benigna; se regresa a un destructivo, demandante y envidioso estado, donde la atmósfera analítica está altamente cargada, intensa y apasionadamente, y el paciente demanda una satisfacción activa a sus deseos. Balint consideraba que aparecía siempre en mujeres en un nivel borderline o psicótico de patología histérica. Siendo precaria la confianza mutua con frecuencia aparecen síntomas de desesperación y de aferrarse a algo.

- a) Intentos infructuosos de nuevo comienzo, amenaza constante de caer en una interminable espiral de demandas o necesidades y estados semejantes a la adicción. Rosa la paciente con que aquí ilustraré este tipo de regresión, presentaba estas características.
- b) Esta regresión tiende a la gratificación por obra de acciones exteriores.
- c) Gran intensidad de las demandas, las expectativas y las necesidades.
- d) Presenta tanto signos de histeria aguda en el cuadro clínico como elementos
- e) genitales orgiásticos.

Destacaré la insistencia de Balint en que en estos casos, no debe interpretarse todo como manifestación transferencial. El no aceptaba que el agente de cambio fuera la interpretación mutativa. Y aconsejaba tolerar cierto tipo de actuaciones, junto al aceptar las proyecciones e identificaciones proyectivas, sin apresurarse a devolverlo interpretativamente.

El no cumplimiento de esta técnica favorecía en la experiencia analítica de Balint la aparición de la regresión maligna. Creemos que en la actualidad es Harold Stewart quién mantiene una continuidad con las líneas investigadoras de Ferenczi y Balint en el terreno de la regresión (1989) (1993).

Y en esta brevísima revisión del tema “Regresión”, se torna indispensable incluir a la escuela kleiniana como asimismo a D. Winnicott. Con respecto a la primera, mencionaremos la aportación de Paula Heimann y Susan Isaacs con su trabajo “La regresión”, donde establecen la continuidad con las ideas freudianas de fusión y de fusión instintiva, puntos de fijación, regresión e intervención del Superyo. Afirman: “Todo el complejo interjuego y equilibrio de los diversos mecanismos que actúan en la vida mental, se altera cuando aparece la regresión”. Ellas se preguntan “qué iniciaba la regresión para Freud”. La frustración era sin duda la iniciadora de un proceso que comenzaba con estancamiento de la libido, pero Heimann e Isaacs subrayan la innegable participación del odio y la agresión con la aparición de las consiguientes ansiedades”. Destacan a continuación que estos reactivan el sadismo pregenital, apenas superado. “Esto a su vez hace retroceder a la libido a sus formas anteriores, para neutralizar las fuerzas destructivas nuevamente en acción en la mente. Esta concepción del proceso llevó a Freud a pensar la regresión como una defensa frente a esas fuerzas pulsionales.

D. W. Winnicott se ocupó extensamente y con profundidad de la regresión. La definió de esta manera: “Cuando hablamos de regresión en psicoanálisis nos referimos a la existencia de una organización yoica, y a la amenaza de caos. Todavía queda mucho por estudiar en lo que se refiere a la forma en que el individuo acumula recuerdos, ideas y potencialidades. Es como si existiera la expectativa de que pueden surgir condiciones favorables que justifiquen la regresión y ofrezcan una nueva oportunidad para el desarrollo progresivo que inicialmente fue imposible por la falla ambiental. “Queda claro el potencial aspecto progresivo en la regresión. “ (1969). También escribió Winnicott: “como se verá considero la idea de regresión dentro

de un mecanismo defensivo yoico, altamente organizado, que implica la existencia de un Falso Self". Winnicott a través de su artículo: Aspectos clínicos y metapsicológicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico".

En la actualidad los trabajos más importantes sobre la Regresión siguiendo la línea iniciada por Sándor Ferenczi y continuada luego por Michael Balint, pertenecen a

Harold Stewart. "Clinical Aspects of Malignant Regression" (1989) y "Technique at the Basic Fault / Regression" (1993) me parecen etapas básicas en esta investigación. "Cuando nosotros consideramos la regresión maligna en la situación analítica, necesitamos pensar con Balint en la contribución a la regresión, que proviene del analista y de su técnica tanto como de la psicopatología del paciente". Balint siempre vio las potencialidades terapéuticas en la conducta regresiva de nuestros pacientes. Los procedimientos técnicos que he estado discutiendo sobre ambos tipos de regresión son válidos al ocuparnos de un amplio campo de experiencias con nuestros pacientes, y no solo en el nivel de la falta básica (1993). Creemos que estas dos breves citas son muestra elocuente de los aportes de Stewart.

Ejemplos Clínicos de Regresión Maligna y de Regresión Benigna.

Revisaremos aquí ejemplos de Regresión Benigna y de Regresión Maligna en pacientes borderline. Hemos elegido estos materiales por la frecuencia actual de estos casos, así como por las características de la regresión en ellos. En este sentido es sorprendente su capacidad de experimentar profundas regresiones en la sesión, con recuperación del sentido de realidad al finalizar la misma, o realizar sus tareas habituales en igual circunstancia. Creo importante la diferenciación de regresiones benignas y malignas, establecida por Balint, a pesar de no compartir totalmente su esquema evolutivo, para mí el acento está puesto en el sentido de estas regresiones y no tanto en su profundidad. Así veremos a Gloria dentro de una regresión benigna alcanzar sin embargo niveles tempranísimos de su desarrollo psíquico; este proceso se mantiene durante un período muy prolongado. El analista debe aceptar esta limitación, intentando no obstante una comunicación comprensiva, acompañando a la paciente, pero eso sí interpretando todo cuanto pueda, inclusive las fantasías y necesidades contenidas en la regresión pues, no creemos en lo dañino de la interpretación. Nuestro interpretar deberá centrarse en la fantasmática regresiva del paciente, incluyéndonos como objeto presente y acompañante en la regresión. En cambio veremos en Rosa el establecimiento periódico de regresiones malignas, con todas las características que Balint encontró en sus pacientes, al tiempo que podremos observar el esfuerzo constante del psicoanalista para reencauzar el proceso terapéutico. Adicional interés ofrece Rosa por los altibajos en la regresión terapéutica. Por el contrario Gloria, el otro caso que veremos como ejemplo de una regresión benigna, que aunque muy profunda permitió una evolución positiva. Diferenciar el carácter benigno de una regresión resulta inestimable en un análisis con estos fenómenos tan perturbadores. Pero creemos indispensable en la técnica de los niveles regresivos la inclusión constante de los mecanismos primitivos descritos básicamente por Melanie Klein, Herbert Rosenfeld y W. R. Bion; pensamos que la no inclusión de estos esquemas teóricos y técnicos hace ilusorio un proceso terapéutico en estos niveles regresivos.

Gloria, una regresión profunda, pero benigna: Gloria, médico de 29 años, en análisis hacía dos años en el momento de estas dos sesiones. Estos materiales típicos de una paciente borderline, muestran de manera elocuente en lo condensado de su temporalidad, la alternancia de muy distintos niveles evolutivos, desde mecanismos constitutivos de la estructuración yoica temprana hasta fantasías edípicas más tardías. Presentó Gloria un tipo de fenómenos que solo hemos verificado en estas estructuras, donde se correlacionan emociones y niveles neuróticos, junto a regresiones profundas y trastornos lingüísticos que creo específicos.

Gloria comienza la sesión del viernes con el relato de la enfermedad de una compañera, lo que le impediría a ésta concurrir a una actividad científica en común, lugar de intensa rivalidad y competencia para Gloria. Luego pasó a relatar detalles de la relación con varias hermanas. Súbitamente Gloria se calló y se instala un silencio, acompañado de una intensísima ansiedad, visible a nivel corporal, con inquietud motora y tensión emocional extrema. Este tipo de estados había sido típico de ella a lo largo de los años de análisis, sobre todo al abordar temáticas íntimas. En momentos como éste la capacidad de conexión con ella parecía nula, se la veía intensamente ansiosa e imposibilitada de expresarse verbalmente. En otras oportunidades había visualizado e interpretado estos momentos como fenómenos de alucinosis en el sentido de Bion, Gloria

parecía utilizar el aparato muscular como vía de descarga de ansiedades intolerables. En este caso le señalé que parecía estar invadida por cosas confusas, difíciles de describir y que como otras veces ese mundo de cosas confusas era de tal intensidad que no podía ponerlo en palabras; también le hice referencia a que ese mundo de cosas confusas debía de estar vinculado con sus hermanas. Luego de tiempo prolongado pareció recuperarse pero sorprendiéndome por el cambio de temática y de niveles pasó a describir lo sucedido la noche anterior, omitiendo toda referencia al estado que acababa de pasar. Se había despertado mojada varias veces y a la mañana había sentido mucho frío, cosa que le extrañó porque hacía calor. Yo tenía la impresión que las sensaciones confusas estaban vinculadas con las hermanas y que estos elementos asociativos debían de haber estado presentes durante la noche, y ser responsables de su sudoración, de su mal dormir y del “frío despertar”. Luego de unos instantes Gloria me describió lo sucedido, era la primera vez en todo su análisis que tenía tal grado de conciencia acerca de fenómenos que debían haberle sucedido docenas de veces, de acuerdo a mi registro de bloqueos y parálisis semejantes. “Al estar hablando de mis hermanas y de mis relaciones con ellas, iba a decir que las mismas eran frías, cuando súbitamente me sentí presa de un frío terrible, insoportable y quedé paralizada sin poder seguir hablando. Al mismo tiempo que frío sentía una confusión total”. Visualizo como impresionante la pérdida de la metáfora sinestésica y la sumersión de Gloria en el nivel expresivo emotivo del lenguaje. Ante la agresión sensorial de una realidad altamente investida y conflictiva, ella pierde la capacidad simbólica y queda invadida por un mundo de sensaciones.

David Liberman sostuvo que las representaciones plásticas de los estados térmicos remiten al comienzo de la vida como momentos de integración del Yo, junto a las percepciones dolorosas y kinestésicas, seguidas mas tardíamente por las áreas táctil, gustativa, olfativa, visual y auditiva. Resulta pues intensa la profundidad regresiva que pueden alcanzar los borderlines, “lo único que sentía y me dominaba era la sensación de un frío terrible”.

Luego de permanecer silenciosa Gloria pasó a hablar de la conversación tenida la noche anterior con la hermana menor. Habían hablado de las situaciones vividas en sus infancias. La hermana comentó que se orinaba en la cama y pasaba mucho frío, pues la madre no se ocupaba de ella y a la mañana siguiente la enviaba al colegio con las bragas orinadas. Resultó evidente la conexión entre la conversación y las identificaciones despertadas durante la noche de Gloria, al servicio de escapar a terribles sensaciones propias de desamparo y de abandono, las que se pusieron de manifiesto en toda su crudeza en los instantes de bloqueo y frío paralizante en sesión. Estas identificaciones las consiguientes reparaciones compulsivas de sus hermanas, habían sido extensamente analizadas, sus contenidos edípicos concretos se harían visibles en la siguiente sesión. Aunque una clarísima alusión al conflicto edípico se puso de manifiesto con la colega-hermana rival enferma, circunstancia que le permitía ocupar ese lugar. Gloria pasó el resto de la sesión (unos diez minutos), en un absoluto silencio, con el significativo detalle de tener su mano derecha, exhibiendo ostensiblemente el dedo pulgar extendido hacía arriba. Yo le interpreté su actitud con alusiones fálicas en varios momentos, sin obtener respuesta alguna ni modificación de la posición del pulgar. Creo que lo mostrado hasta el momento puede apreciarse la profundidad de la regresión experimentada por Gloria en esta sesión.

En la sesión siguiente la paciente efectuó un prolijo relato del fin de semana, con borramiento total de lo analizado el viernes, inclusive de lo sucedido. Es este un fenómeno típico del paciente límite, el borramiento total de comunicaciones intensas, sobrecargadas de emociones. Yo le señalé la falta de referencias al viernes y lo experimentado por ella. Al principio dijo no recordar nada, ella tenía la sensación de haberlo olvidado todo; luego de un rato recordó el episodio del dedo pulgar, y como había estado toda la tarde del viernes en el Hospital pensando obsesivamente en el relato de Pulgarcito, cuento que había ocupado su mente de manera constante en la infancia. Gloria se identificaba con Pulgarcito empeñado en salvar a sus hermanos, a quienes los padres iban a abandonar en el bosque por imposibilidad de cuidarlos. Ella se obsesionaba en su pensamiento infantil por asegurarse las piedritas para marcar el camino de regreso.

Gloria evitaba así el recurrir a las miguitas de pan, las que serían devoradas por los pájaros impidiendo la salvación y el retorno. En la fantasmática de Gloria del odio reprimido a los hermanos, ella era también los pájaros peligrosos como pude comprobar en un sueño posterior. Las fantasías reparatorias omnipotentes teñían la vida de Gloria, tanto en su entrega total al ejercicio médico y una entrega compulsiva y extenuante

al cuidado y protección de sus hermanos, en detrimento de ella misma. Tenemos en estos materiales una apasionante conclusión de configuraciones edípicas, fantasías reparatorias maníacas y persistencia de primitivos niveles del desarrollo emocional infantil, que se ponen de manifiesto en la sesión analítica. La persistencia de estos niveles no elaborados tornan inevitables las regresiones profundas en estos casos. Creemos que el analista que trate pacientes tan regresivos debe estar dispuesto a tolerar y conducir tales situaciones. Un impresionante sueño tenido por Gloria el domingo a la noche y traído en la sesión del lunes nos mostrará otra visión de su realidad psíquica. “Se trataba de una niña con dos bocas, era un bebé. La primera boca era normal, la segunda quedaba oculta por la mandíbula. Había que elevarle la mandíbula para verla. La madre la estaba alimentando y parecía desatenderla, yo colaboraba y ponía parte de la papilla en un plato. La madre se preocupaba e insistía mucho en que colocara bien separados la otra papilla

- parecían tomates - y la primera. La segunda boca servía para respirar, no para alimentarse o recibir sensaciones. La madre le ponía el chupete ahí, en la boca para respirar”. Este material onírico creemos que exhibe la estructuración psíquica profunda de Gloria con perturbaciones que alcanzan al esquema corporal mismo.

Sin duda la intensa conmoción regresiva se manifestó contemporáneamente en el terreno onírico, con este sueño tan bizarro, pero tan expresivo de los niveles regresivos que es indispensable alcanzar en estos casos.

## **LA REGRESIÓN MALIGNA. VICISITUDES DE ROSA. LÍMITES TERAPEÚTICOS DE ESTOS ESTADOS.**

Rosa, psicóloga clínica, diplomada asimismo en Filosofía inició conmigo su tercer análisis. Llegaba puntual, hablaba después de diez o quince minutos relatando minuciosamente sus actividades diarias o trayendo detalles de sus análisis anteriores. Su sensibilidad era extrema frente a cualquier sonido (timbre, teléfono, etc.) o la llegada de otro paciente que se anticipara, Rosa se silenciaba totalmente hasta el final de la sesión. Mis interpretaciones parecían ser inocuas para ella y mis reacciones contrasferenciales eran sumamente intensas. Buen ejemplo de esta complementariedad transferencial es este fenómeno: Rosa se hallaba en un largo silencio después de una interpretación mía y yo tuve súbitamente la fantasía y la sensación física de un águila picoteándome el cuerpo y arrancándome pedazos, sensación que iba acompañada de intenso pánico. Es notable que los dos analistas anteriores tuvieron fenómenos muy similares con Rosa.

En los meses siguientes se incrementaron sus celos, exacerbados momento a momento. El cambio de mi secretaria junto al encuentro fortuito con algún otro paciente provocaba veladas acusaciones de que yo efectuaba esos cambios para obligarla a cambiar a ella, y decía Rosa: “tengo que soportar toda la angustia que me causa”. Mis interpretaciones en este período fueron constantes y centradas en su confusión y persecución, junto al reconocimiento de sus esfuerzos para poner orden en ese caos. Rosa mostró posibilidad de pedir ayuda y preservar nuestro vínculo del ataque de sus celos. Y agregó: “yo no se si Ud. me quiere a mí, yo no quiero que se deje querer tanto, yo necesito quererlo tanto... Yo necesito quererlo tanto. Necesito eso... eso es lo que nunca he podido yo...querer como quiero ahora... Eso es lo que quiero”.

Progresos e intolerancia a los mismos los pude observar a mi regreso de las primeras vacaciones. Rosa me preguntó al comienzo de la sesión como me había ido. Después de un largo silencio me dijo: “ayer tuve un sueño, yo le veía a Ud. Yo estaba cerca suyo, de repente se lo llevaban sus amigos. Yo quedaba en pedazos, era como si me deshiciera y solo quedaban pedacitos míos”. Todo esto fue dicho con extrema ansiedad. “Era como un montón de pedazos. Era yo pero en pedazos”. Rosa mencionó su diálogo con un psicoanalista amigo de ella; quién le dijo que no se podía ser amigo del psicoanalista, ella confundida y ansiosa dijo: “no entiendo esto del psicoanalista y la amistad, porque no se puede ser amigo analista”. Recuerdo mi asombro frente al descubrimiento de los límites impuestos por el encuadre que ella conocía intelectualmente. Estas reglas en lo que hace al vínculo personal coexistían con deseos y demandas infantiles. El vínculo regresivo negador del encuadre dominaba en las sesiones. Informaciones sobre sus padres me permitieron formular este tipo de interpretación: “Usted me siente de inmediato como esa mamá que le exigía comer y que le exigía hablar. Usted pone en mí, en cuanto yo hablo, todas esas exigencias de mamá”.

En ese momento Rosa llora intensamente y yo proseguí: “Claro, llora por el enojo que le causaba entonces

y que yo le causo ahora. Y yo siento, comprendo que acaso le pido mucho, porque una parte suya se quedó aquí la última sesión, otra en la ventana de mi casa y hasta que usted pueda unir esas partes pasa un largo rato”. Rosa dijo: “Siempre están esos pedazos en la ventana de su casa”. En otro momento yo le interpreté: “Muchas veces yo no puedo ayudarla a unirlos y juntarlos, porque no sé dónde están, y sólo cuando lo sé se lo puedo devolver o ayudarla a usted a juntarlos”.

Este tipo de interpretación apuntaba a disminuir su omnipotencia y su omnisciencia, proyectados en mí, unirle pasado y presente, e imagos maternas y su repetición transferencial en mí. Yo intentaba mostrarle a Rosa la repetición masiva del conflicto con la figura materna; puede llegar a bloquear toda mi posibilidad de ayudarla con mi técnica. Creo que este tipo de interpretación intenta aceptar el nivel regresivo del paciente, mostrarle los mecanismos usados y sobre todo mostrarle nuestros límites.

Regresión y Técnica Psicoanalítica: Creemos que la técnica es de suma importancia en el análisis de pacientes borderline. Creemos inclusive que la analizabilidad de estos casos está dada por la técnica empleada, Gloria y la Regresión Benigna mostrada aquí, la creemos buen ejemplo de cómo una técnica adecuada puede permitir su análisis. También Rosa constituye otro ejemplo en el área de la Regresión Maligna de los límites que una patología nos impone. Cientos de veces me cuestioné la analizabilidad de Rosa, hasta la suspensión de su análisis en el tercer año del mismo.

Luego de haber revisado las principales contribuciones al tema de la regresión espero poder intercambiar mis experiencias con pacientes regresivos durante esta mesa redonda.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Aron, L. y Harris, A.: 1993: “The legacy of Sándor Ferenczi” Ed. The Analytic Press. Broadway, 1993.
- Balint, Michael: 1969: “Trauma and Object Relationship” Int. J. Psycho. Anal. Vol. 50, N° 4.
- Balint, Michael: 1979: “La falta básica ‘Aspectos terapéuticos de la regresión’”. Ed. Paidós. Ibérica.
- Benedek Lászlo: 1993: Who can we learn from Ferenczi today? en Aron y Harris: “The legacy of Sándor Ferenczi” The Analytic Press. Broadway, 1993.
- Dupont, Judith: 1994: “The notion of trauma according to Ferenczi: Progress or Regression in psychoanalytic theory” en Haynal A. y Falzeder E. (eds): 1994: “100 years of psychoanalysis” H. Karnac Books, London.
- Fortune, Christopher: 1993: “The case of R N. (Sándor Ferenczi Radical Experiment in Psychoanalysis). en Aron L. y Harris A.: “The Legacy of Sándor Ferenczi” The Analytic Press. Broadway.
- Fortune, Christopher: 1994: “A difficult ending Ferenczi ‘RN’ and the experiment in mutual analysis” en Haynal y Falzeder (eds). Karnac Books, London. 1944.
- Ferenczi, Sándor: 1913: “Un síntoma transitorio. La posición del enfermo durante la cura” Tomo II, Obras Completas. Ed. Espasa Calpe. 1981.
- Ferenczi, Sándor: 1919: “La técnica psicoanalítica”. Tomo II. Obras completas. Espasa Calpe. 1981. Ferenczi, Sándor: 1919 “Dificultades técnicas de un análisis de histeria”. Tomo III. Obras Completas. Espasa Calpe. 1981.
- Ferenczi, Sándor: 1921: ”Prolongaciones de la técnica activa en psicoanálisis”. Tomo III. Obras Completas. Espasa Calpe. 1981.
- Ferenczi, Sándor: 1926: “Contraindicaciones de la técnica activa”. Tomo III. Obras Completas. Espasa Calpe. 1981. “Confusión de lenguas entre los adultos y el niño”. Tomo IV. Obras Completas. Espasa Calpe. 1984.
- Ferenczi, Sándor: “Reflexiones sobre el traumatismo”. Tomo IV. Obras Completas. Espasa Calpe. 1984.
- Ferenczi, Sándor: 1932: “Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932”. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 1997.
- Freud, Sigmund: 1893: “Estudios sobre la histeria”. Obras Completas. Vol. 2. Ed. Amorrortu. 1979. “La interpretación de los sueños”. Obras Completas. Vol IV y V. Ed Amorrortu. 1979. Freud, Sigmund: 1914: ”Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico”. Obras Completas. Vol. 14. Ed. Amorrortu. 1979.
- Freud, Sigmund: 1916: “Conferencias de Introducción al Psicoanálisis”. Partes I y II. Obras Completas. Vol. 15 Ed. Amorrortu. 1979.

- Haynal, A. y Falzeder, E: 1994: "100 Years of Psychoanalysis". H. Karnac Books, London. Heimann, P. y Isaacs, S: 1962: "La Regresión" en Klein M. y col. "Desarrollos en Psicoanálisis". Ed. Hormé. 1962.
- Paz, Carlos, Pelento, M. L. y Olmos, Teresa: (1976) "Estructuras y/o estados fronterizos. Vol. III. Ed. Nueva Visión.
- Paz, Carlos: 1990: "El control de emociones e impulsos en los Fronterizos". "Psicoanálisis". Vol. XII. Año 1990. N° 2 y 3.
- Rachman, Arnold, W: 1997 "Sándor Ferenczi. The psychotherapist of tenderness and passion". Jason Aronson Inc. New Jersey.
- Stewart, Harold: 1987: "Varieties of Tranference Interpretations An Object-relations". view. Int. J. Psycho. Anal. 68,197. Stewart, Harold: 1989: "Technique at the basic fault-regression". en Int J. Psycho. Anal. Vol. 70, part 2.
- Stewart, Harold: 1993: "Clinical aspects of Malignant Regression". en Aron y Harris: "The legacy of Sándor Ferenczi". Ed. The Analytical Press. 1993.
- Winnicott, D. W: 1969: "Aspectos clínicos y metapsicológicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico". Rev. de Psicoanal. Bs. As. Tomo XXVI, N°3.

Instituto de Desarrollo Psicológico. INDEPSI. LTDA.

ALSF-CHILE