

REGRESIÓN A LAS RELACIONES MALIGNAS.

Hayuta Gurevich, MA.

Su rostro se congela. Ahora sé que he dicho algo totalmente equivocado. Siento una punzada de miedo en mi cuerpo. Ella comienza a gritar, a golpearme con sus palabras. Le digo que se detenga, pero es en vano. Voy a ser aniquilada porque no fui precisa, porque no coincidí con su expectativa de decir exactamente lo que ella deseaba que dijera. Su rabia está imbuida de la estricta creencia de que solo un ajuste perfecto la salvaría de sus miserias. Sus palabras se vuelven más duras, sus labios escupen ira y la rabia fría y la crueldad se cuelan en su voz.

Siento un pesado ladrillo en mi pecho, no puedo pensar. La miro con incredulidad, golpeada por sus palabras y abrumada por su sonido. Luego se levanta con un disgusto majestuoso y se va en una ‘gran salida’, como ya la llamamos. Da un portazo tan fuerte que, aunque lo esperaba, envía una sacudida horrible a través de mi cuerpo y mi mente: estoy conmocionada, golpeada, avergonzada de mi impotencia y fracaso, me siento responsable y culpable nuevamente por una catástrofe que está más allá de mi comprensión. Me vuelvo loca. Después de todo lo elaborado, ¿no puede controlarse a sí misma? No, ella no puede, y no quiere. Esta paciente, cuando siente necesidad de algo -se odia a sí misma y a cualquiera que la lastime, se vuelve cruel y violenta, rompiendo muebles, platos y, -por supuesto- a mí, a la terapia, tal como ella estaba infinitamente “rota” mentalmente cuando era niña. No importa cuánto me ajuste a ella, hable con ella por teléfono entre las sesiones, agregue sesiones, la vea diariamente cuando intenta suicidarse, sea empática frente a su reacción violenta por mis fracasos, -cada ruptura evoca esta confusión. Los roles entre nosotras están invertidos¹: ella es tan sádica como su madre y su hermano lo fueron con ella en su infancia.

Pero ella está disociada, tanto de su violencia como de su rabia: aunque actúe violentamente, no se siente enojada, sino más bien abrumada, conmocionada, y siente que debe huir para salvarse de mi crueldad, de mi indiferencia, de mi distancia, de mi vivir en un mundo completamente diferente -envidiosa de mí por tener todo lo que ella no tiene, protestando contra esta profunda injusticia y sintiéndome completamente inútil para vincularme con ella y satisfacer todas sus necesidades. Está desesperadamente devastada porque ni siquiera puedo imaginar lo que es ser cómo una marginada, casi una vagabunda. Finalmente, siente que me solazo con ella, feliz de no estar en su situación.

¿Y yo? Aunque me las arreglo para decir las palabras correctas, ¿cómo es que siempre siento una dolorosa punzada de culpa, de que, en realidad, la descuido? Ella tiene razón; Yo soy la terapeuta, es mi responsabilidad. Soy su ‘sepulturera’ actual², la madre negligente y cruel, que sólo la disfruta cuando es agradable, brillante y divertida. ¿Y no he aprendido a esperar estos arrebatos? Lo he hecho, hasta cierto punto, pero nunca lo suficiente.

Ambas retrocedemos a nuestras relaciones malignas individuales y nos quedamos atrapadas allí una y otra vez. Sé que estos ataques no sólo me aniquilan a mí, sino ante todo a su temor de caer en una brecha que es para ella un abismo. Su demanda de aferrarse de mí y a mí absoluta y total provisión y adaptación a ella son la única forma de destruir su propia ansiedad de destrucción. En cuanto a mí, me paraliza cuando me gritan, tal como lo había estado hace mucho, mucho tiempo, y no puedo cambiar esto, aunque soy consciente del hecho de que cuando me repliego en mí misma, inmediatamente me convierto en su madre deprimida y desertora, enfureciéndola aún más. Todo este drama se representa y se vive en el presente. ¿Es esto una ‘regresión maligna’?

La viñeta es una ilustración de aquello que me gustaría explorar hoy: una descripción de la llamada “regresión maligna” como una revivificación mutua de disociados estados del self, los cuales se originan en fallas ambientales traumáticas tempranas de relaciones primarias malignas.

Antes de que el Yo y sus funciones se establezcan (lo que Ferenczi llama), la psique tierna depende del entorno para su supervivencia y la realización de sus potenciales innatos. Las fallas ambientales excesivas en esta etapa temprana de dependencia despiertan la ansiedad de destrucción, las cuales automáticamente evocan la fragmentación y la disociación que se imprimen en la tierna psique. La única manera de sobrevivir y mantener la crucial conexión con el cuidador pasa por desvincularse de la espontánea subjetividad.

Considero maligno cualquier ambiente temprano que está imbuido de una ausencia excesiva, de una adaptación suficientemente buena a las necesidades psíquicas del infante. El concepto de Identificación con el Agresor de Ferenczi arroja luz sobre esta idea. Él postuló, como lo hizo Winnicott más tarde, que antes de desarrollar las funciones del yo, la tierna psique reacciona a la amenazante ausencia externa identificándose coercitivamente con la negación del agresor de su subjetividad y disociándose de su impacto. La identificación angustiada (o incorporación) es con la aniquilación del self auténtico y subjetivo, y no como lo entendía Anna Freud, una identificación con la agresividad del agresor.

Tal ausencia temprana es violenta y agresiva. Obliga a la tierna psique a distorsionarse así misma intrapsíquicamente mientras se adapta al entorno para sobrevivir a la angustia de destrucción que se suscita. El alto precio de tal supervivencia es la fragmentación y disociación del auténtico self.

Quisiera subrayar la ruptura intrapsíquica como el trauma psíquico. Lo que es traumático no es el evento externo, que puede ser muy sutil, sino el profundo e inevitable impacto de la ansiedad de ruptura y destrucción y, en consecuencia, el miedo a la desintegración. La psique se desarrolla alrededor de este núcleo. Los modos de supervivencia se repiten compulsivamente en las relaciones reales, no como una “regresión maligna”, sino, como sugiero, como representaciones de relaciones malignas tempranas.

En este punto, permítanme volver al concepto de Michael Balint de “regresión maligna”,³ que me ha preocupado durante años: ¿qué es lo que es maligno?

Maligno no es ‘benigno’ y es esencialmente diferente de la regresión benigna, donde, según Balint, la falta básica (el trauma psíquico) puede ser activado y curado por la participación del analista. Esto se puede lograr mediante el reconociendo de la vida interna del paciente y su individualidad única sin la expectativa del paciente de un cambio real en el entorno. En un estado tranquilo de ‘arglos’⁴ -como Balint llamó a esta situación satisfactoria, donde se produce un nuevo comienzo: una actitud cándida, inocente, sin sofisticación y desprevenida, la cual ofrece significativas oportunidades para el trabajo terapéutico (arglos es una palabra alemana sin equivalente en inglés).

La viñeta anterior definitivamente no es ‘benigna’. Se ajusta a la descripción de Balint de los pacientes en ‘regresión maligna’, como aquellos que “nunca pueden tener suficiente”⁵, y “si las expectativas no se cumplen o no se pueden cumplir, lo que sigue es un sufrimiento interminable o una recriminación infinita”⁶ y puede ocurrir una gratificación real de los deseos instintivos. La relación de confianza mutua se rompe repetidamente -se desarrolla un estado similar a la adicción, una demanda constante de gratificación concreta por parte del analista. Esto, según Balint, es maligno. ¿Pero lo es? ¿Y por qué pasa esto?

Balint, analizando y seguidor de Ferenczi, nos advierte de la regresión maligna, alarmado por las relaciones de Ferenczi con sus pacientes más difíciles, por su reciprocidad y profunda implicación. Balint buscó una salida al hacer esta distinción, liberando al analista de sumergirse en una técnica tan “desordenada” y aparentemente “no analítica”. Lo que había visto como una regresión benigna podía suceder, pero muy a menudo y con muchos pacientes nos encontramos enredados en asfixiantes callejones sin salida y promulgaciones donde no se ve un “nuevo comienzo” en el horizonte, tal como Ferenczi lo describió en su Diario Clínico. El analista se convierte inevitablemente en ‘el sepulturero’, en el otro retraumatizador al cometer el mismo fracaso que el paciente apenas había sobrevivido en el pasado.

Incluso si el analista no se da cuenta de ello, siempre hay una pizca de verdad en cualquier delirio del paciente sobre él. Desde el punto de vista de Winnicott, el analista no puede evitar fallar en la forma

en que para el paciente se repite el fracaso ambiental temprano. Estas fallas en las relaciones analíticas reales repiten compulsivamente los modos de supervivencia pasados, protegiendo a las partes traumatizadas disociadas de un retorno del colapso inicial.

Los fracasos malignos también se repiten intrapsíquicamente: vuelvo aquí a la audaz suposición de Ferenczi, de que si un agresor temprano es incorporado a la tierna psique, este mantiene su destructivo trabajo internamente, aniquilando cualquier activación del verdadero *self* disociado, el cual implacablemente busca reparación. La situación analítica activa e ‘invita’ a las partes disociadas suscitando la esperanza nunca perdida de que algún Otro las revivirá con seguridad. Esto es, por lo tanto, de crucial importancia para las fallas reales en el análisis: no solo son inevitables, sino que son esenciales para el proceso de revivir, a través de la actuación, los estados disociados de las primeras relaciones malignas.

Contrariamente a Balint, tanto Ferenczi como Winnicott destacan estas fallas en el análisis como la principal oportunidad para la reparación, asumiendo que el analista debe tomar la responsabilidad por ellas en el reconocimiento de su impacto traumatizante en el paciente. Ferenczi escribió: “Es esta confianza la que establece el contraste entre el presente y el pasado traumático insoportable, el contraste que es absolutamente necesario para el paciente a fin de permitirle volver a experimentar el pasado ya no como una reproducción alucinatoria sino como una memoria objetiva”⁷. En otras palabras, el pasado se experimentará en el presente, el pasado está ocurriendo en el presente, pero libre de una forzada disociación de sobrevivencia.

Este camino no se sigue fácilmente: si la disociación patológica es un fenómeno intersubjetivo⁸, las cosas se vuelven complejas, ya que el analista se ve arrastrado a estos *enactments* con sus propios estados disociados inevitables. El paciente y el analista se atascan repetidamente en esas ‘actuaciones’ mutuas, ambos subyugados a un maligno ‘tercero analítico’ (parafraseando el concepto de Ogden), sin ‘arglos’ que envuelva a ninguno de ellos.

Sugiero que aquello que se llama regresión maligna es una exoactuación de formas psíquicas de sobrevivir a la ausencia de condiciones que facilitan la continuidad inicial del ser. Las interminables demandas del paciente son manifestaciones del sufrimiento disociado instigado por la negativa del analista a cambiar realmente el entorno, a una gratificación vista por el paciente como su única salvación. Por ejemplo, la necesidad de aferrarse concretamente al analista es una reacción al trauma, una expresión y una defensa contra el miedo de ser dejado o abandonado tal como ya había sucedido. Se trata pues de un fenómeno secundario, cuyo fin es restituir, por proximidad y tacto, el objeto primario original ausente⁹. El apego incesante y desesperado¹⁰ es una defensa contra el anterior colapso traumático. Expresa simultáneamente lo que aún se necesita y lo que estuvo traumáticamente ausente, es decir, un entorno que permita el apego primario¹¹ y un curso normal de un adecuado desarrollo de ‘destete’. Cualquier recurrencia de tal amenaza despierta una demanda vehemente y contundente para disminuir la recurrencia de esta ausencia catastrófica mediante un aferramiento.

Para el paciente traumatizado, el analista es responsable de esas actuaciones. Su actitud determina si lo que se desarrolla será una regresión benigna o la repetición de relaciones malignas¹². Según Balint, la teoría de la regresión a la dependencia de Ferenczi y Winnicott: un paciente en regresión necesita que el analista esté con él en un estado de unificación, ya que retrocede a una etapa en la que es incapaz de diferenciar la realidad interna de la externa. El otro es percibido sólo como un objeto subjetivo, como una función que se adapta o no a sus necesidades.

Si el analista no se da cuenta de esto, es literalmente un objeto traumatizante, cuya separación estaría más allá de la capacidad de contener del paciente; el paciente en regresión a la dependencia no puede contener demasiado “no yo” que inicialmente rompió su continuidad de ser. Si el analista no comprende y reconoce esta regresión y trata de ‘organizarla’ o explicarla, mayor es el peligro de que el analista se convierta en un verdadero agresor, despertando en el paciente el miedo a la ruptura y repitiendo relaciones malignas tempranas. El analista debe reconocer tales situaciones como sus propios fracasos, para ser reparados reconectando con el paciente¹³. Sólo esta adaptación del analista permitirá al paciente experimentar el fracaso sin sobrevivirlo por disociación.

Tal adaptación no significa un ajuste total, sino más bien un reconocimiento del impacto de su ausencia. Estas son reparaciones reales del analista como un entorno adaptativo que reconoce fallas contenidas y puede transformarlas en “traumas benignos”¹⁴, en el cual la vivencia del fracaso revitaliza reacciones espontáneas como el dolor, la ira y la protesta. De lo contrario, el paciente es retraumatizado por el analista e inmediatamente este lo considera como parte integrante de sus repetidas relaciones malignas.

La impronta de las primeras relaciones malignas es profunda y se resiste al cambio por cualquiera de las siguientes razones:

1. Fragmentación e impronta de disociación: Antes de que se establezca el Yo, las fallas ambientales excesivas tempranas se imprimen y disocian sin ningún aparato mental para regularlas, contenerlas y representarlas. Ferenczi escribió: “Los individuos al comienzo de su existencia todavía tienen formas de reaccionar totalmente diferentes de las que tienen en la vida posterior... en los bebés... los dispositivos de protección aún no están desarrollados, de modo que los bebés se comunican con el entorno en una superficie mucho más amplia”... (se) ha apreciado insuficientemente que la identificación (es) una etapa que precede a las relaciones de objeto ... un estado en el que se excluye cualquier acto de autoprotección o defensa y toda influencia externa permanece como una impresión sin ninguna anti-investigación interna ... las personas al principio de sus vidas aún no tienen individualidad... este tipo de mimetismo, este estar sujeto a impresiones sin ninguna autoprotección, es la forma original de vida...”¹⁵.

La psique tierna y permeable es sugestionable a la influencia externa y no puede imponerse sin una adaptación suficientemente buena del entorno a sus propias necesidades. Además, para realizarse, depende del entorno. Una falla ambiental rompe la psique y se imprime en la psique como una falla básica, una huella negativa de la ausencia traumática externa de adaptación. Cuando se despierta la angustia de aniquilación, esta identificación y mimetismo primarios que operan en esta etapa de dependencia, potencian automáticamente la incorporación de la actitud del cuidador o la ausencia de actitud, forzando distorsiones internas para mantener y preservar la dependencia crucial del objeto. Esta es una incorporación dominada por la ansiedad que resulta en la identificación forzada con la aniquilación del ambiente externo de la existencia subjetiva de la tierna psique, que es automáticamente fragmentada y disociada.¹⁶

Esto, de nuevo, según Ferenczi¹⁷, es la Identificación con el Agresor. El trauma psíquico no es el acontecimiento externo o la ausencia, sino su impacto intrapsíquico automático de una ruptura disociada de la continuidad del ser. Esta ruptura no deja de existir en el seno del psiquismo. Además, al estar impresos, los impactos traumatizantes se manifiestan por los modos de supervivencia que son así un negativo del acontecimiento traumático. (Esto no significa negación o negatividad, sino que lo que ocurrió es consecuencia de ello).

2.- Compulsión a repetir: Los modos de fragmentación y disociación de supervivencia de la tierna psique no se rigen por el principio del placer, sino por la compulsión a repetir y exoactuar las partes disociadas.¹⁸

Estos estados disociados no están representados¹⁹, son inaccesible a cualquier asociación mental. Sin embargo, se encuentran en una lucha incesante por ser revividos y exoacuados, y se manifiestan en mutuos *enactments* en el campo intersubjetivo e intrapsíquicamente. El miedo a la ruptura gobierna este ‘equilibrio psíquico’ y ensombrece y prohíbe cualquier golpeteo de la insoportable ansiedad aniquiladora. Incluso cuando el analista proporciona un entorno seguro para que se revivan las partes disociadas, el agresor incorporado interno amenaza la psique por temor a un retorno recurrente del trauma pasado, y el analista es inevitablemente considerado como un agresor potencial que repetirá el colapso inicial. El pasado está vivo en el presente.

El analista debe estar atento a esta actitud paradójica del paciente, y atender a sus manifestaciones en las relaciones analíticas reales, brindándole así una adaptación suficientemente buena, que le facilite una continuidad del ser. Esto no significa una satisfacción incesante, sino una adaptación lo suficientemente buena que crea una confianza y un apego básicos que pueden contener y experimentar fallas sin disociación y, por lo tanto, crecimiento y desarrollo.

3.- Estados de 'mi-yo' disociados que se autoperceben como 'no-yo': Las relaciones malignas incorporadas (o identificación con el agresor) amenazan continuamente al yo auténtico con el regreso de la ruptura, manteniendo los 'estados del yo' auténticos disociados en un estado patológico. y considerado como 'estados no yo'. Esta es una mutilación del Self, que corre a lo largo de un continuo que comienza con auto reproches -no por hacer algo malo o equivocado, sino por ser defectuoso, sintiéndose imperfecto e incompleto, y conlleva la aniquilación de cualquier estado auténtico del yo, hasta la automutilación física, e incluso suicidio. La vergüenza y la culpa por tener un yo se mezclan con el miedo al colapso si éste se revive. Esta es la anulación externa incorporada del yo, que se activa repetida y compulsivamente cuando se despiertan estados espontáneos disociados del verdadero yo. Entonces estos pueden ser percibidos como "siendo loco". Además, "los sentimientos de odio se dirigen entonces contra todas las emociones, incluido el odio mismo, y contra la realidad externa que las estimula. Hay un pequeño paso del odio de las emociones al odio de la vida misma".²⁰

4.- 'Trasplantes alienígenas' -estados de 'no-yo' experimentados como 'yo': Cualquier uso de la psique del padre del niño para sus propias necesidades, cualquier disociación extensa del cuidador de las necesidades del niño, cualquier proyección de estados insoportables por el padre al hijo, cualquier acusación del hijo por las dificultades emocionales del cuidador -todas ellas se infiltran en los huecos creados por la disociación. La tierna psique no tiene defensa contra ellos. Cuanto más utiliza el cuidador al niño, más sugestionable y permeable se vuelve. Al identificarse con la actitud del otro hacia él, acepta cualquier concepto erróneo y tergiversación. Estos estados de 'no-yo' de los objetos invasivos²¹, inoculaciones²², proyecciones e identificaciones proyectivas del progenitor se sienten como parte del yo, del 'mí', aunque no lo son.

En palabras de Ferenczi, este es el destino de los niños cuyos padres los utilizan para sus propias necesidades psíquicas²³: "[... en los casos] en que los adultos inoculan por la fuerza su voluntad, particularmente contenidos psíquicos de naturaleza displacentera, en la personalidad infantil... estos se escinden, los trasplantes ajenos vegetan en la otra persona durante toda la vida ...". Cualquier intento de protegerse a sí mismo suscita confusión y un miedo incomprensible de haber matado o un deseo de matar, de deshacerse, sin entender qué y por qué. Evacuar estos trasplantes alienígenas provoca "un tremendo vacío en la persona que se ha acostumbrado a tener la voluntad ajena como esqueleto de su propia persona... hasta un estado de completa disolución". Estos trasplantes extraterrestres están infundidos con los propios impulsos -la propia psique de uno se entrelaza con la del otro.

Estas partes, incorporadas de mala gana, son "introyecciones forzadas y encarnación de objetos parciales internos patológicos que interrumpen el funcionamiento del Yo y la evolución de un sentido del self..."²⁴, que pueden estar en connivencia con el agresor incorporado. También puede haber una identificación abrumadora con un objeto de rechazo invasivo que coloniza la psique como una 'mafia' interna y aniquila repetidamente el yo, provocando autorreproches extremos y automutilación. Además, la psique invadida también se identifica con la invasividad misma y tiende a expulsar estas inoculaciones de manera invasiva y contundente en el analista, quien se siente abrumado y confuso, revirtiendo las relaciones malignas.

5.- Self auténtico no realizado y gestos espontáneos: Las relaciones malignas tempranas son inmanentes a la ausencia excesiva de un entorno-suficientemente-bueno. Esta ausencia tiene un impacto traumático en la tierna psique: una respuesta adecuada a los primeros gestos espontáneos es crucial para el desarrollo de un sentido de ser, de ser real, de ser un sujeto. Los potenciales innatos a los que no se ha respondido adecuadamente y que no se han materializado permanecen congelados, pero luchan por un entorno propicio para revivir. La pregunta, en este punto, es ¿qué pasa con los gestos espontáneos si no encuentran una respuesta adecuada? ¿Se quedan 'simplemente' congelados?

La ruptura de la reverie materna o del holding inunda la psique con insoportables agonías primarias o temores sin nombre, y automáticamente genera la necesidad de "cortocircuitar"²⁵ estas brechas. Ellos están inmersos en una ausencia de apego del cuidador y de la disociación de éste respecto de la catástrofe interna del niño. Esta disociación externa del impacto intrapsíquico de la vulneración de la tierna psique se impronta como una disociación interna. Llamo a este estado "ausencia dentro de la ausencia". Lo que

encontramos es su negativo, es decir, el modo en que la psique sobrevivió a esta ausencia crucial. ¿Pero qué significa eso?

El establecimiento de un sentido de realidad depende de la realización efectiva de encontrar en la realidad lo que fue creado en la psique. Las expectativas innatas deben cumplirse realmente para experimentarlas, imaginarlas y transformarlas en una representación²⁶. El gesto espontáneo insatisfecho²⁷ en realidad rompe y dificulta el desarrollo de un sentido de realidad y de transición, desde relacionarse con los objetos como percibidos subjetivamente hasta reconocerlos como externos y objetivos. Como resultado, la lucha por la realidad nunca se detiene. Se siente como muerte, desrealización, despersonalización y similares, que en realidad son las manifestaciones negativas de este fracaso inicial y encarnan sus residuos y consecuencias²⁸.

Cuando la ausencia se produce y dura más allá de la capacidad de contenerla, y la disociación de la madre pone en peligro a la tierna psique —ésta es abrumada por un pavor sin nombre, sin representación. Cuando se revive en el análisis mediante la ensoñación del analista, la ausencia no representada se experimenta como más real que cualquier objeto o hecho externo o interno. Winnicott cita a una paciente que había sido separada de sus padres a temprana edad²⁹, mientras se refería a un exanalista; la presenciación por parte del analista de la ausencia, tanto externa como interna, permitió al paciente experimentar que: ‘Lo negativo de él es más real que lo positivo de usted’. A esto agrega, que logró no llamar nunca por su nombre a quienes la cuidaron durante todos esos años, y que esto era el negativo de la memoria disociada de su padre y su madre.

6.- Modos de supervivencia del terror sin nombre: Lo que todo esto significa es que cuando la reverie materna está ausente, no puede haber representación de un objeto malo, o ausente o de una experiencia. La ausencia de representación se llena de un terror innombrable e insoportable que activa otras funciones psíquicas de supervivencia; esta ausencia interna no es un vacío. Bion sugiere que esta es transformada en otras alucinaciones reparadoras, como la de aferrarse a un ‘pecho inacabable’ como la única forma de sobrevivir.

La psique necesita ‘hacer’ algo acerca de esta ausencia no representada. y empleará varias ‘herramientas’ mentales para lidiar con esta función faltante: la sexualización, somatización, perversión, psicosis son también posibilidades de supervivencia a estas tensiones³⁰. Estas son alternativas para patrones de apego deficiente³¹. y son todos fenómenos psíquicos que aluden a un trauma primario disociado.

Estos modos de supervivencia ofrecen una solución patológica, una concreción desprovista de simbolización y de representaciones normales³². Son manifestaciones negativas que ‘cosen’³³ y ‘cubren’ las cicatrices de la ausencia y son un intento de llenar este temido vacío o ruptura mientras en realidad dejan inaccesible la herida original.

7.- Salvación alucinatoria como reverso de relaciones malignas: Aunque disociados, los retiros psíquicos disociados siguen activando la psiquis. Ferenczi describe en su diario (p. 19) que también evocan “protesta contra la violencia y la injusticia, una obediencia despectiva, tal vez sarcástica e irónica desplegada frente a la dominación; pero el conocimiento interno de que la violencia en realidad no ha logrado nada; ha alterado solo algo objetivo (es decir, comportamiento externo), el proceso de toma de decisiones, pero no el Yo (el verdadero Self aquí) como tal. Satisfacción consigo mismo por este logro, un sentimiento de ser más grande y más inteligente que la fuerza brutal; de repente, una percepción de una mayor coherencia. de orden mundial, del tratamiento de la fuerza bruta como una especie de desorden mental, incluso cuando este poder tiene éxito”.

Este sentido de omnipotencia puede o no estar disociado, pero siempre es ajeno a la realidad de que la misma fragmentación de la psique y la necesidad de sobrevivir ya ha ocurrido y que estos medios de supervivencia están sellados en retiros psíquicos y no tienen medios para su realización. Pueden mantener la cordura y al verdadero *self*, pero no tienen la capacidad de revivirlos en relaciones intersubjetivas reales y actuales³⁴. Si hubiera habido una buena reverie materna, la ansiedad no se habría aliviado con un pecho incesante, sino con una alimentación adecuada y calmado la ansiedad.

Cuando esta función está traumáticamente ausente, la ausencia interna también puede estar llena de alucinaciones reparadoras, como aferrarse a un ‘pecho incesante’. Estas salvaciones alucinatorias tienen

como objetivo acabar con la ansiedad aniquiladora y promover un sentido de omnipotencia, ajeno a la realidad dolorosa de la psique fragmentada.

Estos son “enclaves permanentes... que inconscientemente conmemoran episodios traumáticos en la historia anterior del paciente” (op. cit, p.146). Estos fenómenos proponen revertir³⁵ las condiciones que causaron la catástrofe psíquica: si fuera el resultado de un holding no suficientemente bueno, la sola fantasía³⁶ curativa puede ser la del apego incesante; si la ausencia de sujeción suscita sentimientos de vacío, entonces hay que llenarlo constantemente con un ‘pecho inagotable’, etc.

En esta situación, la excesiva ausencia de un pecho bueno es utilizada por la tierna psique para considerar a la ansiedad que de ella surge, como un hambre incesante para la cual un pecho inagotable sería su único alivio. Este estado psíquico “parece ser la imagen especular (un negativo) de lo sano... la cordura en reversa, “patas arriba”, un maqueteo, una imitación siniestra, inquietante y extraña de ella. Esta imitación... son en realidad transformaciones en alucinosis (Bion 1962)”³⁷ Tales alucinaciones, las cuales están disociadas de la matriz psicosomática, no tienen acceso a materializarse en la realidad. Sin embargo, ellas contienen una pizca de la ausencia inicial y el deseo de repararla evitando la angustia de destrucción, y parecen y se sienten totalmente concretas y reales. Mientras que Grotstein enfatiza la calidad ficticia de esas alucinaciones (op. cit), yo sugiero que siempre contienen y expresan un reconocimiento disociado de la ausencia traumáticamente inicial en el entorno externo temprano.

8.- Enactments en el análisis: estas cualidades entrelazadas y complejas de las relaciones malignas tempranas que sobrevivieron se promulgan inevitablemente en el análisis. Los estados disociados buscan su resurgimiento a través de estos modos de supervivencia, necesitados de otro que provea lo que había estado ausente pero nunca cedido. La confianza básica en el analista depende de la sensación de que realmente proporciona adaptación al paciente. Esto no significa una satisfacción incesante sino una adaptación a las necesidades del paciente según la capacidad del analista. Los cambios adaptativos necesarios en el entorno no indican una “regresión maligna”, sino más bien el reconocimiento del nivel de regresión a la dependencia del paciente.

Los fracasos son inevitables y cruciales para hacer una diferencia entre la ocurrencia traumática en el pasado y su experiencia en el presente real, sin disociación. Estas promulgaciones permiten la cura potencial para un yo desgarrado. Experimentar dolor psíquico puede ser aterrador y terrible, pero está vivo, no disociado y psíquicamente muerto. La supervivencia-invulnerabilidad se transforma en sufrimiento humano. En el análisis, se espera que el analista reconozca estas súplicas de cordura. Los modos de supervivencia no deben ser vistos como resistencia sino como un camino para la reconstrucción de esquemas disociados³⁸.

Un analista, amenazado por las necesidades regresivas del paciente, se esforzará por evitarlas; para analizar los anhelos regresivos de un paciente, el analista debe sentirse cómodo con ellos³⁹ y conocer sus propios traumas. Además, “cuanto más pueda reducir el analista la desigualdad entre el paciente y él mismo, y cuanto más discreto y ordinario pueda permanecer a los ojos de su paciente, mayores serán las posibilidades de una forma benigna de regresión”⁴⁰. Esto significa que el analista deja que el paciente lo conduzca⁴¹, permite que el análisis ocurra ‘a la manera del paciente’⁴², y se adhiere a una ‘técnica’ que permite que el paciente lo experimente como a un objeto subjetivo sin infringir en él una realidad externa objetiva que está más allá de su capacidad de contener; Esto significa “abandonar cualquier intento de ‘organizar’ el material producido por el paciente y tolerarlo para que permanezca incoherente, sin sentido, desorganizado, hasta que el paciente pueda darle al analista la clave para comprenderlo”⁴³; ‘acting-out’ y enactment son medios de comunicación válidos y, en estos casos, el único acceso a las partes disociadas

El analista también necesita ofrecer ‘algo’ al paciente quien cumplirá funciones que no estaban disponibles para el objeto primario. ¿Qué es ese ‘algo’ que funciona como objeto primario? En teorías recientes, se hacen varias sugerencias clínicas sobre estos estados de inconsciente no representado. Todos ellos destacan el papel real del analista y su participación en el cumplimiento de las funciones ambientales cruciales ausentes que promueven la simbolización y la representación.

Una función crucial para revivir estados disociados es permitir experimentarlos y sentirlos como reales. Ferenczi sugirió⁴⁴ que “uno no puede creer que un evento haya ocurrido si el analista no toma muy en serio el papel que asume, del observador benévolo y servicial, es decir, transportarse realmente a ese período del pasado (una práctica que Freud me reprochó, como no admisible), con el resultado de que nosotros mismos y el paciente creemos en su realidad, es decir, una realidad presente, que no ha sido transpuesta momentáneamente al pasado”. En términos de Winnicott, experimentar juntos da un sentido real a lo que ha ocurrido pero ha sido experimentado.

Para lograr esto, el analista debe renunciar a su ‘lenguaje de la pasión’ -su teoría, su técnica- y darse cuenta de que sus respuestas subjetivas al paciente no son necesariamente proyectadas en él sino que pueden ser su propia transferencia, debido a su subjetividad, limitaciones y fracasos. Debe estar de acuerdo en ser receptivo y honestamente involucrado, capaz de ver sus fallas en el camino del paciente (su impacto subjetivo en el paciente), y comprender y establecer contacto con el paciente en el nivel actual de desarrollo de su psique. Este último punto significa que cuando el paciente está en un nivel de dependencia, puede percibir el objeto solo de manera subjetiva, por lo que el analista debe reconocer el hecho de que el paciente aún es incapaz de contenerlo como un objeto externo. Las interpretaciones sobre lo que está pasando pueden ser comprendidas por el Falso self, sin tocar los estados emocionalmente disociados. El analista necesita ver lo que le sucede al paciente ‘a la manera del paciente’, viviendo con él el pasado como un hecho presente. Esto tiene ‘un efecto curativo... la psique traumatizada siente el amor, limpiado de toda ambivalencia, fluyendo hacia él y envolviéndolo, como con una especie de pegamento: los fragmentos se juntan en unidades más grandes; toda la personalidad puede lograr volver a unirse’.⁴⁵

9.- Disociación mutua en el *enactement*: la literatura teórica sobre estos temas reconoce la calidad intersubjetiva y la reciprocidad de los estados disociados⁴⁶, la irrelevancia de la interpretación verbal y la necesidad del analista de encontrarse, estar con, retroceder mutuamente, ser receptivo, etc., y de ser capaz a través de su propia experiencia, de proporcionar una función de reverie para los estados disociados del paciente. Estas ideas introducen la importancia de la actitud del analista como algo crucial para determinar si el entorno traumático se representará como un evento traumático que se exoactuará o un evento retraumatizante que se elaborará. Es la contratransferencia y la transferencia del analista la que determina la transferencia del paciente, y no al revés.

Esto implica involucrarse con total inmersión y apertura de tal manera que el analista pueda detectar sus propios estados disociados después de que se activen en los *enactments*. Contrariamente a Balint, y un poco de Winnicott, pero menos, Ferenczi sabía esto y no tenía miedo de sumergirse en las relaciones desordenadas que se desarrollaron en los análisis de pacientes profundamente traumatizados.

¿Qué le sucede al analista cuando se ve arrastrado a la confusión, en la que sus propios estados disociados inevitablemente saldrán a la luz? Ferenczi es el primer analista que se atrevió a tratar teórica y clínicamente con el hecho de que la psique del analista no es diferente de la de su paciente, y que por muy bien analizado que esté, sus propios estados disociados se promulgarán y afectarán al paciente, repitiéndose así relaciones malignas mutuamente tempranas.

Mi punto aquí es que las relaciones malignas tempranas tienen atributos específicos que acentúan su control sobre el funcionamiento mental tanto del analista como del paciente. El analista necesita luchar con sus propias capacidades personales, dolores psíquicos y disociaciones así como con el paciente, y ‘vivir’ esas regresiones a relaciones malignas. El reconocimiento de sus fracasos y su impacto en el paciente es crucial, al igual que su capacidad para transformar lo no contenido en un fracaso experimentado. Explicar los estados del paciente como una reacción de supervivencia a un impacto externo permite que el paciente se experimente a sí mismo como reaccionando al entorno traumatizante externo y a la ansiedad de aniquilación intrapsíquica. Esto incluye una ‘capacidad negativa’ del analista combinada con una habilidad para experimentar los sentimientos del paciente y ayudarlo a comprender la cualidad incontenible del analista como un objeto percibido objetivamente.

Estas explicaciones parecen similares a las autorrevelaciones, pero son diferentes -en el sentido de que no tienen como objetivo revelar la subjetividad del analista como tal, sino proporcionar una función alfa para el paciente sobre el analista como un objeto objetivo que ha sido incontenido. por el paciente Esta función es crucial para desenredar los actos malignos; el analista funciona para el paciente como un objeto primario que reconoce que se ha producido una ruptura y le da un significado al paciente, acompañado de la empatía y la adaptación que han estado ausentes en el trauma inicial. El analista transforma así los eventos traumáticos del presente en sufrimiento experimentado, permitiendo que el dolor, la protesta y la rabia estén vivos y no disociados. En los conceptos de Winnicott, esta es una transformación a un trauma benigno que está incrustado en un sentido de real, con diferenciación entre la realidad interna y externa, la representación y el crecimiento psíquico.

Volviendo a la viñeta: durante muchos años nosotras hemos entendido juntas que ella ha sido abusada, incorporado objetos invasivos y que estos explotan fuera de ella sin control ni regulación, que su protesta y rabia disociadas en el pasado estaban reviviéndose, que ella sobrevivió en sus fantasías de grandeza que compensaban su extrema soledad y su vulnerabilidad, y que esta fantasía⁴⁷ expresaba un reclamo crucial por su derecho natural y la necesidad de ser especial y amada. También entendimos que ella no podía soportar mi propia vulnerabilidad expuesta la cual también le evocaba su propia ira, y en una inversión de roles -la forma en que su propia vulnerabilidad fue tratada cruelmente cuando era niña. Todo esto ayudó, pero aún faltaba algo: ella seguía sintiendo que yo rechazaba intencionalmente su necesidad porque ella era repulsiva para mí, y que merecía ser expulsada y rechazada debido a su self defectuoso. Mi encogimiento y mi parálisis emocional cuando me gritaba, eran experimentados por ella como repulsión y repugnancia, de los cuales huía con total desesperación y rabia para poder salvarse.

En cierto momento, el asalto se volvió insoportable para los dos. Le dije que sé que mi respuesta la enloqueció y despertó su ira, pero que no puedo hacer nada con mi reacción, que mi reacción tiene que ver con mi propio pasado abusivo y que me cierro repetidamente, aunque sé que si hubiera puesto un límite a su rabietta, la ayudaría. Por lo tanto, le he hecho saber que reconozco mi impacto en ella cuando me estremezco y que entiendo que lo siente como odio y repulsión hacia ella. Por supuesto, todo esto también fue correcto y luego se abordó abiertamente. Pero aun así, mi respuesta inicial tenía orígenes personales que ella no podía saber. Estaba más allá de su capacidad subjetiva de saber y más allá de mi capacidad de control, y tenía que ocurrir realmente entre nosotros para que ambos lo experimentáramos.

No había sabido nada de ella hasta nuestra próxima reunión. Ella vino tranquila, sonriéndome tímidamente y dijo: “Tuve la experiencia más extraordinaria después de irme. Poco a poco se me ocurrió que tenía un placer extremo al golpearla. Me siento fuerte. Nadie puede golpearme. Nadie más lo hará”.

Una vez que pudo experimentar mi vulnerabilidad y su propia violencia, paradójicamente pudo comenzar a comprender su propia fragilidad y su deseo de revertirla. Le tomó muchos años más de doloroso trabajo poder contener mejor su vulnerabilidad y violencia sin ‘romper’ las relaciones y “no quemar el club si no me queda perfecto”; pero desde esa sesión las ‘grandes incursiones’ se detuvieron y nunca me volvió a gritar.

(*) Hayuta Gurevich, analista de formación de maestría y miembro de la facultad de la Asociación Psicoanalítica de Israel; miembro y cuerpo docente del Centro Winnicott en Tel-Aviv, y miembro y cuerpo docente de los Estados Mentales Primarios, de la Escuela de Psicoterapia afiliada a la Universidad de Tel-Aviv.

Dirección Correspondencia a Hayuta Gurevich, 52 Nachmani st., Tel-Aviv, Israel.

Publicado en : Le Coq-héron. Revista trimestral de psicoanálisis, N° 237, Issue 2, , pp. 95-102, 2019.

Volver a Artículos sobre Ferenczi
Volver a Newsletter 22-ALSF

Notas al final

- 1.- Borgoño, F. (2008). La relevancia de la “inversión de roles” en el trabajo psicoanalítico actual. Foro Internacional de Psicoanálisis, 17(4):213-220
- 2.- Dupond, J. (ed.), 1988. Ferenczi, S. Diario Clínico. Universidad de Harvard Presionar. Pág. 51 (8.3.32)
- 3.- Balint, M. 1968. La falla básica. Pub Tavistock. Londres y Nueva York. Parte 4, págs. 119-156
- 4.- Balint, Ibid, p. 138.
- 5.- Balint, Ibid, p. 138.
- 6.- Balint, ibid. p. 140.
- 7.- Ferenczi, S. 1933. Confusión de lenguas entre el adulto y el niño. En Balint, M. (ed). 1955. Contribuciones finales a los problemas y métodos del psicoanálisis. Basic Books, Nueva York.
- 8.- Phillip Bromberg es el principal teórico que subraya esta cualidad de disociación patológica. Es una atribución subyacente también para Ferenczi y Winnicott; véase también Gurevich, H.2014. El retorno de la disociación como ausencia dentro de la ausencia. AJP, 74(4), págs. 313-321. Para la disociación mutua de analista y paciente -ver Stern, D.B. 2010. Socios en el pensamiento. Routledge, Nueva York y Londres
- 9.- Balint, Ibid. p. 145
- 10.- Balint, M. Ibid. p. 145
- 11.- Resulta apropiado en este punto recordar la teoría del apego de Imre Herman: Herman fue alumno de Ferenczi y un destacado analista en Hungría. La esencia de su teoría era que “el comportamiento instintivo del infante simio, es decir, su apego a la madre, es un impulso instintivo existente pero inhibido también en los infantes humanos... y que puede desencadenarse en el tercer mes” de vida... el instinto de apego se ve frustrado... ya que el cuerpo de la madre no es peludo, y como pulsión latente, es efectivo durante toda la vida del ser humano. Proporciona el trasfondo biológico de la relación madre-hijo... y más tarde será una fuente de relaciones amorosas, pero también una fuente de tendencias agresivas..., particularmente después de una decepción o pérdida de un ser querido ‘agrega que lo opuesto a este instinto es ir-en-busca’, que se activa cuando el instinto de aferrarse se deja sin objeto de aferrarse. Las aspiraciones de separarse y esconderse son... una manifestación del instinto de aferrarse. Estas se consideran formaciones de reacción utilizadas por el Yo como medio de defensa... el aferrarse, ir en busca, la separación y el ocultamiento, incluida la autodestrucción (p. 14 I), son fenómenos estrechamente relacionados: Herman los llamó ‘el síndrome de apego’ (p 140) que es una reacción a la separación traumática (141). En Szekacs-Weisz, J. y Keve, T. (eds). 2012. Ferenczi y su mundo. Karnac, Londres.
- 12.- Balint, M. Ibid. p. 173
- 13.- Ferenczi, S., 1931. Análisis infantil en el análisis de adultos. En Balint, M. (ed). 1955. Contribuciones finales a los problemas y métodos del psicoanálisis. Basic Books, NY. P. 126
- 14.- Winnicott, D.W., 1965. El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia. En Winnicott, C. et.al. (eds). 1989. Exploraciones psicoanalíticas. Karnac, Londres. Ch. 22.
- 15.- Dupond, Ibid. pp. 147-148.
- 16.- Gurevich, H. 20 14. El retorno de la disociación como ausencia dentro de la ausencia. AJP, 7 4(4), pp. 313 -321
- 17.- Es interesante comparar el concepto de identificación con el agresor con el objeto obstructivo de Bion y el ambiente lo suficientemente bueno de Winnicott.
- 18.- Roussillon, R. 2011. Agonía primitiva y simbolización. Karnac, London. Introduction, pp. 1-26
- 19.- Levine, H .20 14. Más allá de la neurosis: estados no representados y la construcción de la mente. Revista Psicoanal, 60(2):277-294
- 20.- En “ataques contra la vinculación” (1993) Bion escribe: La identificación proyectiva lo habilita para investigar sus propios sentimientos en una personalidad lo suficientemente fuerte como para contenerlos. La negación del uso de este tipo de mecanismo, sea por la negativa de la madre para servir como depositario de los sentimientos del niño o por la envidia y el odio del paciente que no puede permitir que su madre ejerza esta función, lleva a la destrucción del vínculo entre niño y pecho y, por lo tanto, a una perturbación severa del impulso de curiosidad, del que depende la capacidad para aprender. [énfasis agregado] Los sentimientos de odio se dirigen contra todas las emociones, incluyendo el odio mismo, y contra las realidades externas que las estimulan. Hay sólo un paso desde el odio de las emociones hasta el odio de la vida misma. (pp. 106-107).
- 21.- Williams, P. 201 0. Objetos invasivos. Routledge, NY &London
- 22.- Bollas, C. 1999. El misterio de las cosas Routledge, NY &London. P.113
- 23.- Dupont, Ibid. 7.4.32
- 24.- Williams, P., Ibid. pp. 13-17
- 25.- Ogden, T. 20 14. Miedo al colapso y la vida no vivida. IJPA, 95 (205-223)
- 26.- Winnicott, D.W. 1988. Human Nature, pp. 100-8. De lo contrario, escribe Winnicott, esto es lo que puede suceder: ‘Imaginemos una primera lactación teórica. Aquí está el bebé con su tensión instintiva en desarrollo. Surge una expectativa, un estado de cosas en el cual el bebé está preparado para encontrar algo en algún lugar, sin saber qué. (cual) será el momento más o menos en que la madre le ofrece el pecho ... si el primer alimento va bien, se establece el contacto (cuando) el bebé está listo para crear, y la madre le posibilita al bebé tener la ilusión de que puede alucinar el pezón (representarlo), por lo tanto se encuentra a la base del concepto de realidad externa del bebé, el reconocimiento gradual de la falta de control mágico sobre la realidad externa que radica en la inicial omnipotencia que se logra por medio de un recurso adaptativo de la madre’. Esta situación permite un

proceso gradual de desarrollo normal y la posibilidad de un destete gradual que mejore la diferenciación entre la realidad interna y externa”. Por el contrario, si el primer alimento es mal manejado, se puede causar un problema grave en este momento, donde se debería cerrar una división en la persona del bebé. En lugar de ello, en la relación con la realidad externa ablandada por el uso temporal de un estado ilusorio de omnipotencia, se desarrollan dos tipos separados de relación de objetos, por un lado, la capacidad del bebé para crear (Self verdadero) y, por otro lado, un falso Self que es pasivo a las demandas de la realidad externa. Es muy fácil engañarse y ver a un bebé respondiendo hábilmente a la alimentación, y no darse cuenta de que este bebé, que adopta una manera completamente pasiva, nunca ha creado el mundo y no tiene capacidad para relaciones externas y no tiene un futuro como individuo:”

27.- Stern, D. et al. (1998). Mecanismos no interpretativos en la terapia psicoanalítica: El “algo más” que la interpretación. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, 79: 903-921) refiere al mismo problema en caso de un momento fallido: si la falla se deja sin reparar, las dos consecuencias más graves son que una parte del terreno de lo intersubjetivo se cierre a la terapia, como si algo malo dijese “no podemos ir allí”, o peor aún, un sentido básico de la naturaleza fundamental de la relación terapéutica se pone en una situación tan seria que la terapia ya no puede continuar (ya sea o no que se detengan).

28.- Bion, W. 1962. La teoría psicoanalítica del pensamiento. En *Int. J. Psycho-Anal.*, 43: 306-310: En términos de Bion, las preconcepciones de la psique esperan la realización, por lo que pueden convertirse en concepciones. Discierne entre una representación de ausencia y la ausencia de representación. El curso normal es experimentar la ausencia y representarla: se produce una representación de ausencia si la psique tierna puede experimentarla y contenerla, esto es, si hay una reverie materna de la ausencia, por ejemplo, de un pecho, y si hay un pecho bueno para comparar con. Un pecho malo es un buen seno que está ausente.

29.- Winnicott, D.W. 1971. Objetos transicionales y fenómeno transicional. En *el juego y realidad*, p 26.

30.- Roussillon, R. , Ibid.

31.- Ver también Liotti, G. 1999. Comprender los procesos disociativos: la contribución de la teoría del apego. *Psychoan. Inq.* 19: 757-783. Liotti, G. 2004. Trauma, disociación y apego desorganizado: tres hilos de una sola trenza. *Psicoterapia: teoría, investigación, práctica, capacitación* vol. 41, págs. 4 72-486. Liotti, G. 2012. El apego desorganizado y las relaciones terapéuticas de las personas en estados destrozados. En Yellin, J. y White, K. (eds) *destrozados estados: apego desorganizado y su reparación*. Karnac, Londres. Páginas. 127-156.

32.- Roussillon, R. Ibid. p. 22

33.- Jacques-Alain Miller. 2007. El síntoma. Caso 8.

34.- Estos fenómenos se conceptualizan en diferentes teorías como fantasías, disociación primaria, equilibrio psíquico de la organización patológica, retiros psíquicos, etc. Grotstein se refiere a ellos como ‘una tercera área’ de la psique que está dominada por alucinaciones de supervivencia primitivas y concretas. Ver Grotstein, S. J. 2002. Estructuras endopsíquicas, retiros psíquicos y ‘fantasía’: la ‘tercera área’ patológica de la psique. En Pereira, F. y Scharff, D.E. (eds). *Fairbairn y teoría relacional*. Karnac, Londres y NY.

35.- Winnicott, D.W. 1971. *Juego y Realidad.*, pp. 31-43.

36.- El concepto de Bion de “función alfa en reversa” puede arrojar algo más de luz sobre los fenómenos: “La inversión de la función alfa significa la dispersión de la barrera de contacto y es bastante compatible con el establecimiento de objetos con las características que alguna vez atribuí a objetos extraños. ... La reversión de la función alfa, de hecho, afecta al Yo y, por lo tanto, no produce un retorno simple a los elementos beta, sino a objetos que difieren en aspectos importantes de los elementos beta originales los cuales no hay teñido la personalidad adhiriéndose a ellos. El elemento beta difiere del objeto extraño en que el objeto extraño es el elemento beta más el Yo y las trazas de superyó. La reversión de la función alfa violenta a la estructura asociada con la función alfa ... la distinción indica la limitación de cualquier tratamiento que afecte el tratamiento en la personalidad a los factores secundarios pero los factores primarios no serán alterados “. (Bion, W. 1962. *Aprendizaje de la experiencia.*, p. 103). Este concepto se refiere a cambios asociados con el reemplazo de la función alfa por lo que puede describirse como una inversión de la dirección de la función. En su lugar las impresiones sensoriales se transforman en elementos alfa para su uso en pensamientos de sueños y pensamiento de vigilia inconsciente. En ausencia de elementos psíquicos de la función alfa materna pueden transformarse en elementos que parecen elementos alfa (que tienen representaciones), pero que sin embargo, no lo son: se parecen a una transformación de los elementos beta, pero pierden la posibilidad de volver a elementos beta reales que tienen la capacidad de transformarse en elementos alfa. Este concepto se refiere a cambios asociados con el reemplazo de la función alfa por lo que puede describirse como una inversión de la dirección de la función. En lugar de que las impresiones sensoriales se transfieran a elementos alfa para su uso en pensamientos de los sueños y un pensamiento de vigilia inconsciente, en ausencia de elementos psíquicos de la función alfa materna pueden transformarse en elementos que parecen elementos alfa (teniendo representaciones), pero no lo son: se asemejan a una transformación de los elementos beta, pero pierden la posibilidad de volver a los elementos beta reales que tienen la capacidad de transformarse nuevamente en elementos alfa. Ver Al So Civirarese, G. 2015. *Transformaciones en Alucinosis y la receptividad del analista*. *IJP A* 96 (4): 1091-1116.

37.- Grotstein 1990. La nada, la falta de sentido, el caos y el agujero negro. *Psicoanálisis contemporáneo*, 26: 257-290.

38.- Bucci, W. (2002). El proceso referencial, la conciencia y el sentido del yo. *Psicoanal. Inq.*, 22: 7 66-793

39.- Coen, S.J. (2000). El deseo de retroceder en el paciente y el analista. *J_ Amer. Psicoanal. Assn.*, 48: 785-810.

40.- Balint, Ibid. p. 173

41.- Purcell, S. 2018 *Disociación y duetos: Aspectos de la técnica en el análisis del trauma del desarrollo*.

42.- Winnicott, D. W. 1963. La dependencia en el cuidado del infante y del niño, y en el encuadre psicoanalítico *Int j psicoanal.* 1963. *Inter. J_ Psychoan.* 44, p339

43.- Balint, Ibid. pp 177-179

44.- Dupont, Ibid. p. 24

45.- Dupont, Ibid. p. 12

46.- Phillip Bromberg y Donnel Stern elaboran estas ideas.

47.- Winnicott, D.W. 1971. Jugar y realidad. Cap. 2 “Soñar, fantasear y vivir”. Winnicott usa este concepto para describir la fantasía alucinatoria, que es una especie de retirada psíquica, una autosustentación del self, que intenta evitar el miedo al colapso.