

# EL PROBLEMA ECONÓMICO ACTUAL EN EL PSIQUISMO

*Lic. Martín, Germán Augusto*

## **Introducción:**

La baja tolerancia a la frustración que se evidencia hoy día en las personas es preocupante, se observan a menudo pacientes con auto laceraciones, ingestas medicamentosas en las cuales los pacientes regularmente expresan encontrar cierto placer en no sentir por un rato un malestar psíquico que pareciera acompañarlos constantemente, e inclusive intentos de suicidio a raíz de frustraciones cuando se ve rehusada la satisfacción de una demanda pulsional ¿Pero qué lleva a reacciones tan extremas? ¿Qué lleva a una persona a tomar la determinación de auto flagelarse, de realizar un ataque a su yo real al punto de llegar a destruirlo? Byung-Chul Han (2019)<sup>1</sup>, expresa que en la modernidad, existe una retirada de la violencia del plano social, tomando esta la forma de un conflicto interior, disputándose las tensiones destructivas internamente en lugar de descargarse hacia afuera. “el combate ya no se libra fuera del yo, sino en su interior”, a lo cual me atrevería a agregar, considerando el tema del presente trabajo, que este combate se libra en estos pacientes “sin pensamientos”, ya que, según Bion (1977)<sup>2</sup>, “la capacidad para tolerar la frustración permite a la psiquis desarrollar pensamientos como un medio por el cual la frustración que es tolerada se hace más tolerable”, por

lo que la incapacidad para tolerarla puede obstruir el desarrollo de pensamientos y de una capacidad de pensar. Byung-Chul Han (2019) señala también, citando a Freud en “El problema económico del masoquismo” (1924)<sup>3</sup>, que la conciencia moral se vuelve más severa e implacable cuanto más renuncia la persona a la agresión contra los demás, texto en el cual Freud también expresa que la autodestrucción no se puede llevar a cabo sin satisfacción libidinal, idea a la que adhiere André Green (2012)<sup>4</sup>.

Tomando como referencia principal el masoquismo moral, y el narcisismo moral, términos acuñados por Freud y Green respectivamente y relacionándolos con experiencias con pacientes que considero se adecúan a lo descrito por ellos en estos cuadros, me propongo realizar una conexión entre la teoría y la clínica, en un intento por pensar a este tipo de pacientes y cómo abordar el trabajo con los mismos.

## **Desarrollo:**

### **Narcisismo moral y masoquismo moral:**

El narcisismo moral y el masoquismo moral, son dos cuadros en los que parece ser que la tolerancia a la frustración se ve afectada. Considero que en ambos, estos pacientes parecen no poder, o no tolerar, pensar en algo. Green (2012), los conecta expresando que en ambos se sitúa el autocastigo en primer plano. Tomando como ejemplos a Ajax y Edipo, menciona a la vergüenza y a la culpa respectivamente como los sentimientos que motivan el accionar contra la propia persona de ambos personajes. “Con Edipo, la investidura objetal de objeto, que por transgresión genera culpa; con Ajax, la investidura narcisista de objeto, que por la decepción genera vergüenza” (Green, 2012)<sup>5</sup>.

“El masoquista enmascara, con su masoquismo, una falta no castigada, resultado de una transgresión de la que se siente culpable; en cambio, el narcisista moral no ha cometido otra falta que haber permanecido fijado en su megalomanía infantil, y está siempre en deuda con su ideal del yo. La consecuencia es que no se siente culpable, sino que tiene vergüenza de ser solo lo que es, o de pretender ser más de lo que es” (Green 2012)<sup>6</sup>. Igualmente, vergüenza y culpa coexisten, puede haber nudos entre ellas, uno puede tener vergüenza de su culpa y sentirse culpable de su vergüenza, pero, para Green (2012)<sup>7</sup>, “el carácter destructor de la vergüenza es mayor, ya que la culpa se puede compartir, pero la vergüenza no se comparte”.

*“El masoquismo es incomprensible si el principio de placer gobierna los procesos anímicos de modo tal que su meta inmediata sea la evitación del displacer y la ganancia de placer. Si el dolor y displacer pueden dejar de ser advertencias para constituirse, ellos mismos, en metas, el principio de placer queda paralizado y el guardián de nuestra vida anímica, por así decir, narcotizado... El masoquismo es un gran peligro”.* (Freud, 1915[1917])<sup>8</sup>.

En relación a la incomprensibilidad de Freud acerca de por qué el dolor y displacer pueden constituirse como metas en lugar de como advertencias, considero importante citar a Ricardo Avenburg (2012)<sup>9</sup> respecto al principio de placer, de nirvana y de realidad, siendo posible que el principio de realidad deje de funcionar, lo mismo que el principio de placer pero que, lamentablemente, no pasa lo mismo con el principio de nirvana, el cual funciona implacablemente.

El masoquismo moral ha sido considerado por Freud como un sentimiento inconsciente de culpa las más de las

veces, el cual tiende a manifestarse como una necesidad de castigo, no vinculada con persona alguna. En esta forma masoquista el padecer como tal es lo que importa, la persona se ve obligada a hacer cosas inapropiadas, a trabajar en contra de su propio beneficio, destruir perspectivas que se le abren en el mundo real y, eventualmente, aniquilar su propia existencia real. “El verdadero masoquismo del yo pide castigo, sea de parte del superyó, sea de los poderes parentales de afuera” (Freud, 1924)<sup>10</sup>. “El sujeto no es castigado tanto por su falta, sino por su masoquismo” (Green, 2012)<sup>11</sup>.

*“La peligrosidad del masoquismo moral se debe a que descende de la pulsión de muerte, corresponde a aquel sector de ella que se ha sustraído a su vuelta hacia afuera como pulsión de destrucción. Aún el suicidio se acompaña o se realiza en función de una fantasía realizadora de deseos que tal vez trascienda el objetivo de hacer cesar un sufrimiento intolerable” (Freud, 1924)<sup>12</sup>.*

“El narcisista moral procurará, como solución del conflicto, empobrecer cada vez más sus relaciones objetales para llevar el yo a su mínimo vital objetal y así conducirlo a un triunfo liberador” (Green, 2012)<sup>13</sup>. Suelen ser pacientes irreprochables, nos exponen progresivamente a una conducta de dependencia donde la necesidad del amor y de la estima del analista son “el oxígeno sin el cual no pueden exponerse a la luz del día” (Green, 2012)<sup>14</sup>. En el tratamiento, en la investidura narcisista de objeto la única solución cuando el objeto se ausenta, se pierde o aún decepciona, es la depresión.

Dentro de la cura analítica, se observan varias particularidades en los narcisistas morales como el difícil acceso al material analítico objetal, la herida narcisista, el anclaje (el

cual busca satisfacer el deseo de permanencia con el analista eternamente), el deseo de amor incondicional (cobrando la forma de estima absoluta) y la proyección, que es el corolario de ese deseo con el propósito de provocar en el analista la denegación tranquilizadora. Los narcisistas morales experimentan una extrema fragilidad y sienten que admitir la pulsión los pondría en peligro.

El narcisismo moral se encuentra, así como el masoquismo moral, vinculado a la pulsión de muerte, en tanto a una prevalencia de esta por sobre la pulsión de vida y de la renuncia a lo pulsional pero, si bien se aproxima esto a la severidad del superyó masoquista, no es igual con todo rigor. Green (2012)<sup>15</sup> considera que el narcisista hace de la moral un goce autoerótico, donde el goce mismo está destinado a abolirse, el vínculo entre la pulsión de muerte y el narcisismo moral se encuentra en que el narcisismo reduce el sujeto así, hacia el cero que el sujeto es.

### La “baja” tolerancia a la frustración:

Refirámonos ahora a la baja tolerancia a la frustración.

Podemos acá tal vez plantearnos la pregunta de si realmente es baja la tolerancia a la frustración o si es que estos pacientes, por su personalidad o su estructuración psíquica no poseen las herramientas para modificar o sublimar esta carga pulsional que se les presenta, llevándolos a tomar las vías del dolor como una forma de evacuar, de poner en el cuerpo aquello que no puede ser elaborado o tolerado.

La frustración afecta de diferentes maneras a los pacientes, “Freud habla de *Versagung* para designar todo obstáculo (externo o interno) a la satisfacción libidinal” (Laplanche y Pontalis)<sup>16</sup>, ju-

gando un papel importante en la cura, y debiendo ser mantenida o reestablecida a fin de evitar la paralización de esta, “conviene rehusar al paciente las satisfacciones sustitutivas que podrían apaciguar su exigencia libidinal” (Laplanche y Pontalis)<sup>17</sup>.

Considerando lo expresado anteriormente en relación a Bion acerca de la formación de un aparato de pensamiento, podemos pensar en las experiencias tempranas del desarrollo del psiquismo, creo que los eventos traumáticos a lo largo de la vida ponen a prueba la capacidad de la personalidad de tolerar nuevas experiencias con su inevitable dolor e incertidumbre. “Esta capacidad siempre debe, hasta cierto punto, ser influenciada por la naturaleza de las identificaciones con los objetos continentales tempranos y en particular con las cualidades receptoras de respuestas primarias de la madre. Estas identificaciones van a ayudar más tarde con las emociones conflictivas y los impulsos que surgen en el cotidiano curso de la vida, si el sujeto está siendo lo que es, sintiendo lo que siente” (Harris, 1987)<sup>18</sup>.

La importancia de ayudar a un niño a ser el mismo, a expresar y pensar su emocionalidad, radica en dar un tiempo. ¿Pero dar un tiempo a qué? Precisamente, a que esta madre pueda pensar qué es lo que su bebé necesita, dándole tiempo también al bebé de experimentar su emocionalidad, y así, expandir sus recursos internos favoreciendo los procesos introyectivos y que el bebé pueda tolerar alguna postergación entre el impulso y la acción, entre el deseo y su satisfacción. Así, el bebé encontrará dentro de sí mismo una presencia comprensiva y reconfortante y podrá sostener, por más breve que sea, la urgente demanda, dolor o necesidad hasta que una ayuda venga a calmarlo. El *reverie* materno, donde el bebé puede proyectar dentro de la madre sentimientos intolerables

y ella, al poder recibirlos, puede devolvérselos de una forma más tolerable, juega un papel fundamental en esta etapa del desarrollo del psiquismo infantil.

Esto permite que el niño pueda pensar, que pueda explorar diferentes maneras de lidiar con la frustración en la imaginación, que le sea posible aprender de la experiencia a medida que la función continente recibe los contenidos, sean estas dudas, interrogantes o variables unidas por experiencias emocionales. Este aprendizaje dependerá de la capacidad del continente de integrar, al tiempo que permanece abierto, libre de rigidez y dispuesto a las sucesivas asimilaciones. “Un individuo en quien se da este mecanismo mostrará que es capaz de retener su conocimiento y experiencia, que puede usar sus experiencias pasadas y es receptivo a las nuevas” (Harris, 1987)<sup>19</sup>.

He podido observar en mi experiencia en el hospital, como muchas madres ante cualquier queja o llanto de parte de sus hijos, automáticamente les dan el celular. Esto me lleva a pensar, que tal vez estas madres no están permitiendo que estos hijos puedan comprender que es lo que sienten, ¿Qué experiencia emocional puede quedarles de una pantalla? Estas madres, en ese momento, no parecen actuar como continentes, no piensan que necesita el niño, solo no quieren que el niño “moleste”, que no haga ruido, por tanto el recurso del celular les sirve, tal vez, como una vía para que a través de la hiperestimulación que presenta la pantalla (además de fomentar las identificaciones adhesivas), el niño obtenga constantemente una satisfacción que no traduce lo que él siente y se lo hace más tolerable, solo lo llena con estímulos externos que en nada se relacionan con su malestar original.

En muchos pacientes actuales, especialmente en los

adolescentes, se observa cierta dificultad para tolerar la postergación de la satisfacción del deseo, así como la dificultad o imposibilidad de expresar su emocionalidad.

### **De la teoría a la clínica:**

Al redactar lo relacionado a la tecnología viene a mi mente un paciente adolescente, el cual presentaba conductas agresivas consigo mismo y para con los demás, con quien los videos que regularmente traía a las sesiones nos permitieron comenzar a trabajar sobre sus emociones, ya que los mismos poseían un alto contenido emocional, principalmente dirigidos a la tristeza, el dolor psíquico, la ira, etcétera. Con la ayuda de estos, pudimos comenzar a pensar cómo se sentía él y a comprender su agresividad, al poder interpretarle durante una canción que uno de esos personajes del video me hacía pensar en él porque cantaba que se sentía triste y solo, y que eso le daba a su vez mucha rabia, terminó siendo lo que permitió que él “accediera” finalmente al análisis, y digo que finalmente accediera porque daba la sensación de que él aún no me había permitido pasar su análisis, que él sentía que yo no iba a poder soportar todo lo que él sentía. Así pudo comprender que ese era un espacio donde él podía hablar de sí mismo y expresar las emociones que aparentemente proyectaba en esas canciones, expresándolo él, al decirme durante una sesión, que se había dado cuenta que prefería intentar pensar en cómo se sentía y que necesitaba mi ayuda para ello. También me lleva a pensar en la posibilidad de que este paciente esté utilizando la identificación proyectiva ya que, al no tolerar la frustración, tiene la necesidad de evacuar esas emociones que se le presentan, dándome la sensación de que utiliza un aparato para

desembarazarse de la acumulación de objetos internos malos, abriendo la posibilidad a la comprensión de la emocionalidad de este paciente a través de la pantalla.

Otra paciente también adolescente, comenzó tratamiento conmigo a raíz de una ingesta medicamentosa, pareciendo ser que en ese momento mi capacidad continente no fue la adecuada, ya que el postergar la asignación de su turno en lo que atendía, fue lo que terminó desencadenándola. Ella parecía encontrarse en la labor de mantener con vida a una madre muerta, no tratándose de una muerte real, sino que una situación traumática ya no había permitido que la misma estuviese disponible para ella y sus hermanos, dejando a esta joven con la dura decisión de, según su percepción, abandonar a esta madre agonizante a su suerte, lo cual le generaba una culpa que le era difícil de tolerar, o no continuar con sus estudios.

Da la sensación de que la angustia de esta paciente se encuentra situada en esta lucha interna entre sus deseos y lo que ella considera como un deber moral hacia su madre, dando la impresión, además, de estar ella siendo absorbida por la misma, caracterizando el cuadro por autorreproches por no poder lidiar con la situación actual.

Considero tomando a Green (2012)<sup>20</sup>, que en esta ocasión la experiencia traumática fue más tardía, por lo cual ella estaba en mejores condiciones para soportar sus consecuencias. También, he de agregar, que se evidencian en la misma reproches hacia sus hermanos por no ayudarla, por lo cual me es posible pensar que la depresión de la paciente es más parcial, más moderada y puede ser superada con mayor facilidad que en un caso extremo. Igualmente, no debemos olvidar que si bien no toda la agresividad está dirigida hacia sí misma, fue

realizada una ingesta medicamentosa, la cual da la sensación de que se originó al no poder tolerar esos pensamientos que la aquejaban, la necesidad de mantener vitalizada a una madre agonizante y de sentirse consumida por ello parece haber sido demasiado para su aparato psíquico, al cual intentó callar momentáneamente ya que no le era posible comprender todo lo que estaba sintiendo emocionalmente, mostrando como una persona puede actuar ante la frustración o, en este caso, ante el aplazamiento de una satisfacción pulsional cuando su psiquismo está abocado a una lucha interna con un duelo blanco de una madre que no ha muerto biológicamente, pero si psicológicamente, como resultado de una desinversión masiva y temporal del objeto primario y que deja marcas en el inconsciente en forma de agujeros psíquicos.

Tomemos ahora otro ejemplo donde la muerte de la madre fue real, pero la pérdida parece haber estado situada en quien se perdió, pero no en que se perdió en relación a ella.

Esta paciente, a quien llamaremos Agustina, había comenzado su análisis poco antes del fallecimiento de su madre debido a una angustia que ella refería querer entender. Al ocurrir esta situación traumática, el cuadro clínico de ella se agravó notoriamente: aparecieron autorreproches y ataques al yo de forma progresiva, al punto de llegar a auto lacerarse y tener ideaciones suicidas recurrentes conforme avanzaba el tratamiento.

Conforme avanzamos el tratamiento, pudo verse cómo Agustina estaba llena de deudas. Curiosamente, de igual manera a como se interpretaron sus deudas internas, las económicas pertenecían a sus padres y a sus hermanos, evidenciándose una imposibilidad de negarse a acceder a estas demandas, lo cual aumentaba constantemente su deuda económica y, por otra

parte, no disminuía su sentimiento de tener que cumplir con la demanda externa.

Al morir realmente la madre, se abrió el interrogante de por qué había aumentado tanto el ataque hacia la propia persona, un auto reproche constante de la paciente era el no haber estado en el último momento de vida de la madre (aunque curiosamente siempre estaba para ella y solo había ido a su casa a descansar). El material de esta paciente se tornó a la vez mucho más rico y mucho más peligroso para sí misma. Pudimos, no sin mucho esfuerzo y ayudados por un comentario de uno de sus hermanos mayores alegando que ella no era hija de su padre, lograr acceder al material traumático de su infancia, el cual mostró ser tan doloroso como lo era el daño que se ejercía ella misma, puedo afirmar en este punto que el aumento del ataque hacia sí misma al poder finalmente hablar de sus experiencias tempranas se debió a un intento defensivo por no pensar lo que encontramos allí. Aparecieron en ese momento de análisis sentimientos de persecución, y se debió aumentar la frecuencia de sesiones considerando que Agustina necesitaba en ese momento un espacio más presente en el cual poder volcar todo lo que ella estaba sintiendo, estando mi función alfa, “función por la cual las impresiones sensoriales se transforman en elementos capaces de ser acumulados para ser empleados en el sueño y en otros pensamientos” (Bion, 2000)<sup>21</sup>, a la espera de los mismos para prestársela y permitirle pensar aquello que no le era posible y que, al permanecer inalterado, constituía en elementos beta, los cuales “tienen al mismo tiempo la cualidad de objetos inanimados y la de objetos psíquicos sin ningún tipo de diferenciación entre los dos” (Bion, 2000)<sup>22</sup>. Los cortes, autorreproches y sentimiento de culpa fueron las mayores preocupaciones, sumado al hecho

de que la paciente manifestaba que no quería realizar una interconsulta con psiquiatría, deseo que pudimos sostener en la medida en que estos ataques al yo no revistieran de un carácter pulsional de muerte tan grande que no pudiese ser soportado por su psiquismo y siempre que el aumento de la frecuencia de sesiones permitió comenzar a volcar todos esos contenidos al análisis, siendo las crisis esporádicas, aunque intensas.

Volviendo a los contenidos traumáticos de Agustina, ella había sido, durante el inicio de su adolescencia (desde sus 12 a 15 años), prostituida por su padre con diferentes hombres a fin de obtener una ganancia monetaria por ello, se observó durante su relato que hablar de ello le suscitaba mucha vergüenza, la cual estaba llamativamente asociada a cierta responsabilidad que ella se atribuía acerca de lo sucedido. Poder ingresar en este material facilitó que ella trajera un sueño que citaré a continuación:

*Entraba caminando a un local a comprar unas cosas y ahí un hombre cerraba con llave la puerta tras de mí, luego de eso, comenzaba a tocarme y tenía relaciones conmigo en un baño verde, parecía un lugar viejo y algo sucio, yo no quería, pero no podía defenderme, sentí que no podía hacer nada para evitar que ese hombre me hiciera lo que me hizo.*

Pensemos un poco este material, ella al relatarlo luego pudo pensar, al interpretárselo yo, que ella solía referirse a las personas que suelen mirarla como viejos verdes o viejos sucios, por lo cual logramos asociar este sueño con el hecho de sus sentimientos en relación a las violaciones sufridas durante su infancia. Es más, cuando ella relata “sentí que no podía hacer nada para evitar que ese hombre me hiciera lo que me hizo”,

me da la sensación de que no hablaba acerca del sueño, sino de su experiencia. Esto redujo su sentimiento de culpabilidad y vergüenza, permitiendo que ella tuviese la posibilidad de pensar que ella se sintió indefensa en esos años, preguntándose por qué su madre no la defendió o no pudo protegerla de esas situaciones traumáticas. Curiosamente, al hablar de esos años, ella no pudo decir nada respecto a su madre, no había recuerdos, como si hubiese estado ausente todo ese tiempo, el intento por mantener idealizada a esa madre seguía patente, ya que siempre fue relatada como una muy buena madre, pero pareciera que esto tendría que ver con momentos de su primera infancia, no con lo que ella se estaba encontrando ahora.

Avanzadas las sesiones, la paciente pudo relatar momentos en los que su madre le decía “traé plata”, lo cual ella asocia con que le decía que tenía que estar con hombres y que, una amiga suya, solía darle algo de dinero a fin de que ella no tuviese que hacerlo, siendo siempre insuficiente la cantidad que ella llevara, Agustina recuerda angustiada que su madre le reprochaba el dinero que llevaba diciéndole “¿Solo esto trajiste?”.

La madre, inicialmente idealizada, bondadosa y amada incondicionalmente, cayó estrepitosamente para su psiquismo, la idea de una madre que había engañado a su padre, que sabía el sufrimiento que ella había pasado y que pareciera inclusive haberlo avalado llevó a un curioso desenlace. Al llegar a esos pensamientos, la paciente me escribió al día siguiente relatándome que esa noche ella había arrojado su teléfono y que lo había roto, expresó que no entendía por qué lo había hecho, pero que tuvo el impulso de hacerlo dos veces y a la tercera no pudo frenarlo. En la siguiente sesión, no pude menos que tomar esto que ella me había dicho y comentarle, casi a modo recordatorio, que ella solía tener una foto con su madre de

fondo de pantalla de ese celular, foto que ella atesoraba como la última junto a su madre amada, lo cual me hizo pensar que tal vez su descarga no fue con su teléfono, sino con su madre, contra la cual ahora pudo expresar el odio y la agresividad que le hacía sentir lo que pudo pensar mediante el análisis.

Ahora bien, ¿qué podemos decir acerca de esta paciente en relación a esta madre?

Me parece verosímil afirmar que en esta paciente “la sombra del objeto había caído sobre el yo, quien en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto... de esta manera, la pérdida del objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por la identificación” (Freud, 1917[1915])<sup>23</sup>. Ella sabía que había perdido a su madre, pero lo que no pudo pensar fue qué había perdido con su muerte, al no haber podido dirigir esos reproches a su madre en vida, y luchando constantemente por aferrarse a ese ideal, parece que con la muerte real de su madre ella habría perdido la posibilidad de obtener respuestas de ella respecto a estas experiencias traumáticas vividas, ella ya tenía estas experiencias, solo que no podía pensarlas, por tanto no podía preguntarle a su madre por qué no la había protegido, por qué había permitido que eso le pasara, y esa sombra había caído sobre sí misma, identificándose con esta madre caída, con esta madre que no pudo ayudarla en un momento extremadamente traumático para ella.

Creo que es pertinente la pregunta que se formula Green (2014)<sup>24</sup>, en relación a la ambigüedad que plantea el suicidio. “¿A quién se mata? ¿A uno mismo, o a la parte del otro que se hace reemplazar en su pérdida por una parte del yo? No siempre es fácil determinarlo”.

La escena del teléfono, donde ella descarga su destructividad en ese aparato que contenía la foto de su madre fue, a mi entender, una redirección de esos impulsos destructivos que atacaban al yo hacia el exterior nuevamente. No había podido pensar aún por qué lo había hecho, pero el dato de la foto de su madre es extremadamente relevante para pensar que en ese teléfono estaba la madre amada, y ahora también, odiada, contra la cual se dirigió el ataque en esa oportunidad.

Cabe destacar, a modo de cierre de esta paciente, que al poder pensar todo esto, al poder expresar su emocionalidad en relación al trauma sufrido, esos ataques al yo expresados en los constantes autorreproches, los cortes y las ideaciones suicidas, experimentaron un decrecimiento tanto en su agresividad para consigo misma como en su regularidad. Parece ser, que el arrojar algo de luz en eso que no podía ser pensado por miedo tal vez a destruir a la madre real junto con la ideal, le permitió sacar la sombra del objeto de dentro de sí misma y pensarla de una forma más tolerable y, tal vez, más real.

### **Consideraciones finales:**

Considero que la baja tolerancia a la frustración, (si es que puede llamársela así, debido a que parece estar relacionada con cuestiones más cualitativas que cuantitativas) en la actualidad, está situada principalmente en experiencias de trauma temprano, en estos bebés que no pudieron pensar sus emociones al no poder experimentarlas debido a un objeto parental reconfortante hiperintuitivo, por lo que “anticipa la necesidad de volcarse hacia adentro del bebé, de intentar recordar, imaginar la presencia del objeto necesitado en su ausencia y sacar fuerza de las experiencias que comparte con el objeto” (Harris

1978)<sup>25</sup>, lo cual alienta la omnipotencia y creencia de un objeto omnisciente que puede ser llamado al servicio. Pero que esta no es la única posibilidad para que se evidencie que el paciente no pueda pensar o experimentar sus emociones, como pudimos observar en lo redactado, varias son las circunstancias que pueden llevar a que los pacientes no puedan tolerar las frustraciones, dependiendo de la personalidad de los mismos, si posee los recursos internos para tolerar lo experimentado y permitir el desarrollo de pensamientos en relación a ello, e inclusive la sociedad actual en la cual siempre se debe estar bien y no está permitido experimentar emociones como la ira, la violencia y la tristeza, entre otras, ni siquiera los duelos, en los cuales nos encontramos con personas queriendo no sentir lo que deberían para poder continuar con sus vidas cuanto antes, por lo que muchas veces termina siendo el *acting out* la vía de resolución elegida para descargar lo malo. La función de *reverie* o de ensueño materno y la función continente tienen un peso importante en el desarrollo de estos pensamientos y de un aparato para pensar, favoreciendo así los procesos introyectivos. Solo va a ser posible obtener verdaderas experiencias de aprendizaje en tanto existan procesos introyectivos. Lo bueno es que es posible crear estos objetos internos cuando no están.

El masoquismo moral y el narcisismo moral, son algunos de los cuadros que pueden desarrollar estas conductas autoagresivas que ponen a la persona ante el riesgo de asesinar a su yo real debido a la culpa o vergüenza inconscientes que sienten estos pacientes. “Nada es más difícil de hacerle admitir a un paciente que la existencia de un placer inconsciente en el dolor” (Green, 2014)<sup>26</sup>, por lo que el trabajo con este tipo de pacientes tomará tiempo y será, en ocasiones, agotador, ya que el material de estos pacientes es muy interesante, pero al

mismo tiempo peligroso. Parece que el trabajo, en relación a favorecer los procesos introyectivos, el permitir que se forme un aparato para pensar esas experiencias emocionales intolerables para el psiquismo de los pacientes, permite que los ataques al yo se reduzcan de manera significativa. Considero también pertinente destacar la importancia de sostener la frustración en análisis, rehusando al paciente las satisfacciones substitutivas, no temiendo interpretar el material que el paciente nos trae por miedo a traumatizarlo. “Por dura que sea la interpretación, por cruel la verdad que hay que oír, lo será menos que el cepo en el que el sujeto se siente prisionero” (Green, 2012).<sup>27</sup>

## Referencias bibliográficas

1. Han, Byung-Chul. *Topología de la violencia*, Buenos Aires: Herder, 2019.
2. Bion, W. R., *Volviendo a pensar*, 2ª edición, cap. 9, pp. 154. Buenos Aires: Hormé, 1977.
3. Freud, S. (1924) “El problema económico del masoquismo”, *Obras Completas*. Tomo XIX, 2ª edición. Buenos Aires: Amorrortu.
4. Green, A. (2012), *Narcisismo de vida, Narcisismo de muerte*, 2ª edición, cap. 4, pp. 207: El narcisismo moral- “fantasmas masoquistas y fantasmas narcisistas”. Buenos Aires: Amorrortu.
5. Green, A. (2012), *Narcisismo de vida, Narcisismo de muerte*, 2ª edición, cap. 4: El narcisismo moral - “Edipo y Ajax”, pp. 199-202. Buenos Aires: Amorrortu.
6. Green, A. (2012), *Narcisismo de vida, Narcisismo de muerte*, 2ª edición, cap. 4: El narcisismo moral: “Fantasmas masoquistas y fantasmas narcisistas”, pp. 205. Buenos Aires: Amorrortu.
7. Green, A (2012), *Narcisismo de vida, Narcisismo de muerte*, 2ª

- edición, cap. 4: El narcisismo moral: “Addendum”, pp. 231-232. Buenos Aires: Amorrortu.
8. Freud, S. (1924) *Obras Completas*, Tomo XIX, pp. 165, 2ª edición, 15ª reimp., El problema económico del masoquismo.
  9. Avenburg, R. (2012), Conversando con Freud sobre el problema económico del masoquismo, Masoquismo, *Psicoanálisis* vol. XXXIV n. 2, pp. 231.
  10. Freud, S. (1924) *Obras Completas*, Tomo XIX, pp. 174, 2ª edición, 15ª reimp., El problema económico del masoquismo.
  11. Green, A. (2012), *Narcisismo de vida, Narcisismo de muerte*, 2ª edición, cap. 4: el narcisismo moral: Fantasmas masoquistas y Fantasmas narcisistas, pp. 206. Buenos Aires: Amorrortu.
  12. Freud, S. (1924) El problema económico del masoquismo, *Obras Completas*, Tomo XIX, pp. 176, 2ª edición, 15ª reimp.
  13. Green, A. (2012), *Narcisismo de vida, Narcisismo de muerte*, 2ª edición, cap. 4: El narcisismo moral: “Fantasmas masoquistas y Fantasmas narcisistas”, pp. 206. Buenos Aires: Amorrortu.
  14. Green, A. (2012), *Narcisismo de vida, Narcisismo de muerte*, 2ª edición, cap. 4: El narcisismo moral: Fantasmas masoquistas y Fantasmas narcisistas, pp. 207. Buenos Aires: Amorrortu.
  15. Green, A. (2012), *Narcisismo de vida, Narcisismo de muerte*, 2ª edición, cap. 4: el narcisismo moral: Fantasmas masoquistas y Fantasmas narcisistas, pp. 207. Amorrortu, Buenos Aires.
  16. Laplanche y Pontalis (2004), *Diccionario de Psicoanálisis*, 1ª edición, 6ª reimpresión, “Frustración”, pp. 166. Paidós.
  17. Laplanche y Pontalis, (2004) *Diccionario de Psicoanálisis*, 1ª edición, 6ª reimpresión, “Abstinencia”, pp. 5. Paidós.
  18. The Tavistock Model, Collected papers of Martha Harris and Esther Bick; Harris, M. (1978), Towards learning from experience in infancy and childhood [Hacia el aprender de la experiencia en la primera infancia y la niñez], Karnac Books

- Ltd, 118 Finchley Road, London, pp. 171-177.
19. The Tavistock Model, Collected papers of Martha Harris and Esther Bick; Harris, M. (1978), Towards learning from experience in infancy and childhood [Hacia el aprender de la experiencia en la primera infancia y la niñez], Karnac Books Ltd, 118 Finchley Road, London, pp. 171-177.
  20. Green, A. (2012) *Narcisismo de vida, Narcisismo de muerte*, 2ª edición, Buenos Aires: Amorrortu.
  21. Bion, W.R. (2000) *Elementos de psicoanálisis*, 3ª (ed.) 2000, Cap. 1, pp. 20. Buenos Aires-México: Lumen-Hormé.
  22. Bion, W.R. (2000) *Elementos de psicoanálisis*, 3ª (ed.) 2000, Cap. 6, pp. 43. Buenos Aires-México: Lumen-Hormé.
  23. Freud, S. Duelo y melancolía (1915[1917]) *Obras Completas*, Tomo XIV, 2ª (ed.) 17ª reimp., pp. 246, Amorrortu, Buenos Aires, 2017.
  24. Green A. (2014), ¿Por qué las pulsiones de destrucción o de muerte? 1ª ed., 2.8: Unidad y diversidad de las depresiones, pp. 126. Buenos Aires: Amorrortu.
  25. Harris, M. (1978), Towards learning from experience in infancy and childhood [Hacia el aprender de la experiencia en la primera infancia y la niñez], Karnac Books Ltd, 118 Finchley Road, London, pp. 171-177.
  26. Green A. (2014), ¿Por qué las pulsiones de destrucción o de muerte? 1ª ed., “Conclusión provisoria”, pp. 181-182. Buenos Aires: Amorrortu.
  27. Green, A (2012), *Narcisismo de vida, Narcisismo de muerte*, 2ª edición, Cap. 4: “Aspectos técnicos de la cura de los narcisistas morales”, pp. 227. Buenos Aires: Amorrortu.