

# La agresividad: un enfoque psicoanalítico (\*)

*Mercedes Freire de Garbarino; Mirta Casas de Pereda; Aída Fernández; Vida Maberino de Prego; Gloria Mieres de Pizolanti; Paulina Volinski de Hoffnung*

En la discusión de este tema, surgieron algunas preguntas importantes que deseáramos poder contestar:

1) ¿Podemos decir que el niño psicótico actúa en la sesión analítica (y fuera de ella) en forma más agresiva que el niño neurótico?

2) Cuando hablamos de agresión, ¿a qué tipo de agresión nos referimos? ¿Existen diferencias cualitativas o de significaciones distintas que puede tener tal o cuál acto agresivo?

3) ¿Cómo definiríamos, entonces, la agresividad?

Desde un punto de vista etimológico, **Agresión** (del lat. *aggressionem*) significa: **acto contrario al derecho de otro; y agresivo, propenso a faltar el respeto, a ofender o a provocar a los demás.**

Por otro lado, para Bernard y Trouvé, <sup>(1)</sup> “la agresividad es un fenómeno tan general que parece inherente a la vida misma... Por conducta agresiva se entiende normalmente aquella que tiende, conscientemente o no, a dañar, destruir, degradar, humillar, oprimir... Pero la agresividad no puede tomarse solamente en el sentido de un comportamiento hostil y destructor (*aggressivity* de los ingleses), sino que también define la dinámica de una persona que se afirma, que no huye de las dificultades ni de la lucha ante la vida. Entonces constituye una actitud general ante la vida, una cualidad fundamental gracias a la cual el ser vivo puede obtener la satisfacción de sus necesidades vitales (*aggressiveness*)”.

Desde sus primeros trabajos, Freud captó la importancia de las conductas agresivas que aparecían como un rasgo particular del tratamiento psicoanalítico, ya sea en las manifestaciones de la transferencia, tanto como la agresividad propia de las distin-

---

(\*) Trabajo presentado en las “Jornadas sobre Aspectos Clínicos y Estructurales de la Psicosis Infantil” - A.P.P.I.A. - Diciembre 1980. Montevideo. Uruguay.

tas presentaciones psicopatológicas, por ejemplo: paranoia, neurosis obsesiva. En el desarrollo de la primera teoría de las pulsiones no aceptó la existencia de una pulsión específica de agresión a pesar de haber utilizado algunas veces el término de pulsión o tendencia hostil. <sup>(4)</sup>

En los "Tres ensayos" encontramos la referencia a una pulsión de apoderamiento o de aprehensión que actúa en conjunción con la pulsión sexual, particularmente con la pulsión escópica. Esta conjunción produce la actividad que se manifiesta a través de la musculatura. Freud ejemplifica con el lactante que realiza una acción simultánea de tironeo rítmico del lóbulo de su oreja y el apoderamiento de una parte de la otra persona, muchas veces la oreja de la madre. <sup>(3)</sup> Se trata en esta conducta de un movimiento hacia sí, de mirar-tocar y apoderarse.

A partir, entonces, de la pulsión de apoderamiento surgen mociones crueles que van a emerger en la vida sexual durante la organización pre-genital. <sup>(3)</sup>

Se produce una anastomosis entre pulsiones de origen independiente, que pueden ocurrir en un estadio muy temprano. La pulsión de apoderamiento da paso a la pulsión sádica de apoderamiento. La crueldad es enteramente natural en el niño; su inhibición surgirá tardíamente al instaurarse como dique la capacidad de compadecerse.

Para algunos autores, la agresividad se halla presente —como una manifestación de la pulsión de muerte— desde muy temprano en las relaciones del lactante con sus objetos primordiales; especialmente el cuerpo de la madre, o sus contenidos, es atacado por el lactante con todas las armas de que puede disponer.

Si por diversos motivos, el bebé no es capaz de soportar el nivel de angustia, provocada por sus pulsiones sádicas, hay una detención en el desarrollo del Yo, de la vida de fantasía, y de las relaciones con la realidad y con los objetos que la pueblan. Así M. Klein (a), en el análisis que hace del caso "Dick", nos habla de que la causa de la inhibición de su desarrollo, se relaciona con el fracaso de las etapas primitivas, en donde el fin predominante es apoderarse del contenido del cuerpo de la madre, atacándola sádicamente.

Pero el objeto atacado se convierte en algo sumamente peligroso, ya que el niño teme ataques retaliativos.

Sí, como en el caso de Dick, el niño no puede tolerar el monto de la angustia que le provocan sus aspectos agresivos —y el temor a la venganza del objeto atacado— cesa el desarrollo de la vida de fantasía y de la relación con la realidad. Además, "junto al interés libidinoso, es la angustia que surge en la fase descrita la que pone en marcha el mecanismo de identificación. Como el niño desea destruir los órganos (pene-pecho-vagina) que representan los objetos, comienza a temer a estos últimos. Esta angustia contribuye a que equipare dichos órganos con otras co-

sas; debido a esta equiparación, éstos, a su vez, se convertirán en objetos de angustia. Y así, el niño se siente constantemente impulsado a hacer nuevas ecuaciones que constituyen la base de su interés en los nuevos objetos, y del simbolismo. Entonces el simbolismo no sólo constituye el fundamento de toda fantasía y sublimación, sino que sobre él se construye también, la relación del sujeto con el mundo exterior y con la realidad en general.

He señalado que el objeto del sadismo en su punto culminante —y el impulso epistemofílico surge simultáneamente con el sadismo— es el cuerpo materno con sus contenidos fantaseados... Klein <sup>(6)</sup>

En el caso que expondremos a continuación podemos observar como los aspectos agresivos se conectan estrechamente con el desarrollo de la pulsión epistemofílica.

Por otra parte y en relación a las preguntas, que nos planteamos en el inicio podemos ver cómo una misma conducta puede tener o no, un sentido agresivo según el contexto en que se da.

Consideramos que en el niño psicótico —y en estados psicóticos que sobrevienen durante el tratamiento, en niños no psicóticos— el monto de agresividad es muy intenso, siendo, en algunas sesiones, muy difícil establecer los límites adecuados.

El discurso del psicótico es difícil de descifrar y muchas veces su agresión oculta una demanda que no es comprendida y queda perdida en el discurso familiar donde es excluido como sujeto, alienado en la compleja red de fantasías que subyacen a la estructura del núcleo familiar.

Cristian es llevado a la consulta por su madre a los dos años de edad “porque no habla, se moja y había caminado tarde, alrededor de los 17 meses”.

Más allá de este pedido poco adecuado, se pudo ver que la preocupación de la madre se relacionaba con una rubéola padecida en los primeros meses del embarazo, que generó en ella el temor de tener un hijo anormal. El conflicto entre sus principios religiosos y la indicación médica de interrumpir el embarazo, sustentaban el pedido de atención a su hijo.

De su historia destacamos que a las doce horas de nacido tuvo una rigidez de nuca con frontanela abombada lo que motivó el tratamiento correspondiente. El electroencefalograma practicado a los siete meses de edad resultó normal.

La madre tuvo un trato distante con este hijo, al que sólo atendía en sus necesidades biológicas. De noche el niño se ponía a canturrear horas enteras sin que nadie se acercara a él, por el contrario, le daban sedantes para que “no molestara”.

Un test de Gesell realizado en ese momento arrojó los cocientes de desarrollo a nivel de la marginalidad con un descenso mayor en la conducta del lenguaje. Se planteó un retardo en el desarrollo y se aconsejó estimulación, un cambio fundamental en la actitud de los padres y realizar una nueva entrevista en un plazo prudencial.

Desatendiendo esta indicación los padres hacen varias consultas con otros especialistas y recién al año siguiente vuelven al analista al que aportan un diagnóstico de sordera total dado por diferentes otorrinolaringólogos muy destacados en nuestro medio.

En ese momento se encuentra un cuadro muy diferente al que motivó su primera consulta.

Un niño que no impresiona como deficitario por sus fascies, pero con conductas muy bizarras, deambulando por el consultorio sin mirar con interés ni a la madre ni a la analista. La madre informa que este mismo comportamiento sucede en la casa conjuntamente con juegos estereotipados con ollas y platos a los que hace girar con gran destreza; a la hora de dormir se golpea la cabeza contra los barrotes de la cama. Nos cuestionamos entonces el diagnóstico de sordera orgánica planteándose la posibilidad de un autismo infantil y se indica un tratamiento analítico.

Al comienzo de éste, el paciente se sacaba toda la ropa al entrar al consultorio y desnudo lo recorría. En una oportunidad en que se le interpretó la fantasía de estar gestándose dentro de la analista el niño responde mirándola al mismo tiempo que se pone su cinturón alrededor del cuerpo y le entrega un extremo a ésta. Cristian ratifica la interpretación dramatizando su unión con ella a través del cordón umbilical.

Pensamos que podría tratarse de una de las fantasías originarias puestas en escena. Fantasía de estar dentro del cuerpo materno que el analista puso en palabras lo que motivó la atención y comunicación entre ambos.

De un niño que hasta ese momento no escuchaba, no miraba, no reconocía al mundo circundante porque no lo tenía libidinizado, en tanto él mismo no lo había sido por su madre; ahora lo reconoce porque él está investido por la mirada y palabras del analista. Nacer al mundo de la palabra que le permite ser, nacer, reconocerse.

En las sesiones solía orinar y defectar en la sala de juego y en un momento dado muestra su cuerpo y sus orificios diciendo "miá" (mirá), lo que se interpreta como un intercambio entre las palabras del analista y los productos de su cuerpo.

Al pronunciar la primera palabra y solicitar la mirada de la terapeuta podríamos pensar en la aparición de un nivel que apunta a la emergencia del cuerpo erógeno.

En los dos primeros años del tratamiento se trabajó fundamentalmente con las fantasías sobre su cuerpo "comienza así el manejo de su mundo interno que no puede comenzar hasta que él no esté instalado en su propio cuerpo y sea capaz de diferenciar lo que está dentro de sí y de lo que está afuera y de lo que es real y de lo que es fantasía". Winnicott <sup>(7)</sup>

En estos momentos el niño había progresado, tenía lenguaje elemental, control de esfínteres, era capaz de ir solo al baño.

Aparecen entonces por primera vez crisis de agresividad caracterizadas por tirar los juguetes con rabia contra la analista, pegarle, defecar y orinar en la sala de juego pero ahora con mirada desafiante.

Destacamos estas conductas como hecho nuevo contrastando con lo sucedido anteriormente.

Estas expresiones de agresividad tenían la función de ubicarlo en el mundo, es decir una vez iniciada la estructuración de su yo, del punto de vista transferencial, como vimos a través del intercambio de miradas, palabras, con la analista, recurre a conductas agresivas como reafirmación de su yo, búsqueda de un lugar para sí mismo.

Mientras esto sucedía en el tratamiento, en la casa se fracturó un brazo y en otra oportunidad rompió la mampara de vidrio del baño y se hirió en el cuello. En esa oportunidad la madre comentó: "un poco más y se degüella".

Frente a este hecho clínico, de agresividad intenso ya sea heteroagresión o autoagresión nos planteamos su ubicación teórica.

Con Freud se trataría de sadismo o masoquismo, por lo tanto lo que entra en juego es la pulsión de muerte. En el texto de "Más allá del principio del placer" y otros posteriores, la pulsión de muerte es considerada la más conservadora de las pulsiones y tiende al cero absoluto, al Nirvana y a la muerte. Pero también describe su función intrapsíquica debida al interjuego de las dos pulsiones (vida y muerte).

Por lo tanto si nos atenemos a este esquema referencial, aun la agresión intensa del niño vinculada a la pulsión de muerte no queda únicamente como expresión mortífera, sino también es manifestación de un interjuego pulsional.

En M. Klein este hecho clínico se vincula a una angustia de muerte en relación a una madre percibida como destructora. Esto da lugar a un clivaje propio de la posición esquizoparanoide con escisión del yo y del objeto instaurándose un objeto por momentos bueno, en otros idealizado-analista —y un objeto malo y perseguidor— la figura materna.

En relación a la pulsión epistemofílica antes mencionada pensamos que emerge nítidamente en el material clínico. Su deseo de conocer, conocerse, hacerse conocer, mirar, mirarse, y ser mirado, tocar, pegar, saber del otro, va surgiendo a medida que se estructura o afirma un yo neurótico. Hablamos de un Yo neurótico porque pensamos que no hay lugar a un despliegue significativo de la pulsión epistemofílica en el psicótico.

Desde la perspectiva Lacaniana es decir en un enfoque estructural pensamos que el niño en su encuentro transferencial en las sesiones, al sentirse libidinizado por el interés comprensivo de la analista puede reconocerse como un "moi", des-

plegando luego una agresividad comprensible y manejable. Esta estaría dando cuenta del acceso a la triangularidad y al pasaje del "moi" al "je".

Al mismo tiempo en la casa, y con la madre no hacía sino repetir una vez más la situación dual imaginaria, frente a un otro absoluto desplegando la estéril y mortífera lucha a muerte con la madre en tanto Otro imaginario.

En el siguiente caso vamos a estudiar la agresividad en un niño en el que se ha hecho un diagnóstico clínico diferente del anterior. Nos planteamos un diagnóstico presuntivo que podría estar dentro del cuadro de las disarmonías de acuerdo a la clasificación del Dr. Lang.

Se trata de un paciente con el que se realizan varias sesiones con la finalidad de hacer la indicación terapéutica adecuada. Una de las características que se destaca en la anamnesis con los padres es la agresión desplegada en su medio familiar. Presenta además, una gran dificultad en el lenguaje: había demorado en empezar a hablar y en la actualidad apenas se le entienden las pocas palabras que emite. Tiene cinco años y presenta además inquietud psicomotriz y enuresis.

Estos datos son proporcionados por los padres en una entrevista a la que acudieron los dos. En esa ocasión la madre asume el rol activo, el padre sólo interviene a requerimiento de la analista.

En la primera entrevista de juego efectuada con el niño nos encontramos con un paciente aislado, desconectado con el medio. Su conducta es la siguiente: mientras la analista le explica el motivo de estas entrevistas; él se mueve de un lado a otro del consultorio señala objetos elegidos al azar y dice en forma estereotipada "eto, eto, eto" (esto). No presta ninguna atención a las palabras del analista. Es decir causa la impresión de que no establece ninguna comunicación. Habla muy defectuosamente y apenas se le entiende.

En un momento dado toma un indio, señala su boca nombrándolo y luego con su dedo recorre todo el contorno del indio. Toma de inmediato un auto y al manipularlo se le salen las ruedas.

La analista le interpreta que su problema radica en su boca y su cuerpo (indio) que lo siente desarmado, en pedazos como el auto.

De inmediato mira con atención al analista y le entrega el auto para que lo arregle, ésta le coloca las ruedas.

Frente a estas primeras interpretaciones el niño parece sentirse comprendido y reconocido como persona, como persona en tanto cuerpo y cuerpo que está padeciendo. Es por esto que tal vez le pide al analista que arregle el auto, como representante de su propio cuerpo. También acerca su cuerpo al del analista, tocándolo, intenta quitarle el lápiz, el cuaderno al mismo tiempo

que repite la primera palabra que pronunció (¿eto?) pero ahora en forma interrogativa, es decir estableciendo un intento de diálogo con el analista.

La entrevista continúa por un buen rato en el mismo tono y con el mismo material: haciendo dibujos e intentando que el analista se los reconozca y tratando de contactar su cuerpo con el del analista.

Se continúa en la misma línea interpretativa es decir: su deseo de ser reconocido y diferenciado del otro (analista). En un momento dado, se toca la superficie de su cuerpo, repitiendo un gesto del analista y dice: "acá, acá".

Es mediante el mirar, tocar, apoderarse de partes del cuerpo del analista (lápiz, cuaderno) su semejante, que el niño pretende reconocerse, apoderarse de su propio cuerpo. Son estas las conductas que denotan el inicio del proceso de identificación que el niño logra a partir del lugar que el analista le da. Por esto es que puede "dibujar" simbolizar.

Pero lo que queremos destacar, es la falta de agresividad de Sergio en esta primera parte de la entrevista, contrastando con la queja o el síntoma principal que traían los padres.

Hacia el final de la entrevista, muestra su fracaso en el intento de asumir su integridad corporal por no poder manejar el cuerpo todavía, "contenerse" en tanto tal vez no se ha sentido "contenido" en su pasado. Esta vivencia de fracaso se muestra a través de varios juegos: introducir lápices en una cajita que se le escapan por el lado opuesto, tomar un auto que se le cae de inmediato haciendo el comentario: "cayó", desparramar todos los juguetes por el consultorio.

Sin embargo cuando en el curso de las entrevistas el analista le pone algunos límites reacciona con enojo enfrentándola con cierta agresividad e incluso sale por un momento del consultorio. Pensamos que la puesta de límites implica una prohibición de seguir expresando algo en relación a su cuerpo.

Considerando que la agresión desplegada por Sergio en esta entrevista no adquiriría una connotación destructiva y más bien aparecía como una necesidad de mantener "su lugar" en la relación con la analista, planteamos algunas entrevistas con la presencia de la madre con fines de investigar este aspecto.

Fue así que hicimos una entrevista completa con la presencia de la madre y otra en que comenzamos con el niño y al promediar la mitad de la misma hicimos entrar a la señora.

La conducta de Sergio en estas ocasiones es completamente diferente: agradece repetidamente a la madre y a la analista y mantiene durante todo el tiempo un estado de mayor inquietud.

Termina las entrevistas rompiendo los juguetes y por último sale fuera del consultorio, desordenando y atacando todo lo que encuentra (almohadones, ceniceros, etc.). En una palabra, aparece como "otro niño".

Si bien Sergio entra alegre e invita a la madre para que pase al consultorio, sin embargo se dan una serie de hechos llamativos que suponemos provocan la agresividad del niño. Por ejemplo la madre no le entiende lo que dice, el niño le habla y ella no contesta, se le pregunta qué dijo Sergio y ella comenta que no sabe. En otro momento el niño hace un redondel que si bien es imperfecto sin embargo él lo nombra "pelota". La madre le afirma que eso no es una pelota.

Esta actitud de la madre de coartar todo intento creador del niño, es decir (pensando con Winnicott), su incapacidad para establecer un encuentro con él, que permita desarrollar un espacio de ilusión entre ambos; la imposibilidad de "jugar" con él no permite la instauración del espacio transicional necesario para el acceso posterior al mundo de la cultura, explica la frustración de Sergio y su conducta agresiva desorganizada, que pone en evidencia en esta circunstancia.

Podemos señalar en este sentido la diferencia que existe entre este comportamiento y lo manifestado por este niño en su relación con la analista, cuando lo comprende y valora sus dibujos, lo cual permite el surgimiento de una actitud de mayor integración y de seguridad en el niño.

Vimos muy claramente como pudo soportar los límites que imponía la analista (a pesar de que se enojó y agredió) y pudo seguir trabajando, mientras que en presencia de la madre esto no es posible, terminando las entrevistas en forma caótica.

En conclusión podemos afirmar que la agresión en niños psicóticos o en estados psicóticos puede aparecer clínicamente como provistas de diferentes cualidades o de significaciones diferentes.

Así vimos como en los dos casos, por un lado surgía una agresividad que no implicaba un deseo de destrucción sino más bien una forma de búsqueda de identidad o reafirmación de un yo incipiente, una búsqueda de lugar en el mundo y que parece conquistarse a través del propio cuerpo.

Por otro lado aparece la agresividad, pero aquí sí es totalmente diferente y tiene por finalidad ya la hetero o auto agresión.

Nos referimos a la descripción fenomenológica, ya que la heteroagresión implica también la autoagresión, dado que en esos momentos de desorganización psicótica hay indiscriminación entre yo-no yo, en tanto se trata de una situación narcisista.

En relación a las preguntas iniciales que entendemos deben quedar como base de reflexiones posteriores y para la discusión de este trabajo, intentaremos formular algunas consideraciones.

Hay sin duda una cualidad especial en la agresividad del niño psicótico que se manifiesta en los casos presentados. No se trata de enfatizar una diferencia cuantitativa que puede darse ocasionalmente. Es esa cualidad que implica la presencia de un estadio, organización, o estructura propia de la psicosis.



Se puede pensar en la fragmentación del yo, en la escisión, en la no estructuración, en el no reconocimiento del otro o de la realidad que determinan conductas incoherentes, masivas, que en tanto se encuentran situadas en un campo que aparece con aspectos irreductibles o casi irreductibles a la realidad compartida, apuntan a un modo de estar en el mundo que dificulta su comprensión.

Volviendo por último a Freud y con la finalidad de que sirva también para que podamos reflexionar, nos preguntamos qué ingerencia tiene en estas diferentes conductas agresivas la pulsión de muerte.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. BERNARD Y TROUVE - Semiología psiquiátrica.
2. FREUD, S. - Proyecto de una psicología para neurólogos. Tomo III. Biblioteca Nueva.
3. FREUD, S. - Tres ensayos. Tomo VII. Ed. Amorrortu.
4. FREUD, S. - Los instintos y sus vicisitudes. Tomo IX. Biblioteca Nueva.
5. FREUD, S. - El yo y el ello. Tomo XIX. Ed. Amorrortu.
6. KLEIN, M. - Contribuciones al psicoanálisis. Ed. Hormé S.A.E.
7. WINNICOTT, D. - De la pediatría al psicoanálisis. Ed. Granica.
8. WINNICOTT, D. - Realidad y juego. Ed. Granica.

