

**Posición Ghlichro-cárica: conocerla puede ampliar sus recursos médicos y psicoanalíticos.**

**Viscocaric Position: knowing it can expand your medical and psychoanalytic resources.**

**Posição Viscocárica: conhecê-la pode ampliar seus recursos médicos e psicanalíticos.**

Paulo de Mello<sup>1</sup>, Edna Bertini<sup>2</sup>, Carlos Alberto Monson<sup>3</sup>, Tássia Borges<sup>4</sup> y José Roberto Leite<sup>5</sup>

## Resumen

Melanie Klein enunció las posiciones Depresiva (1935) y Esquizoparanoide (1946). Esther Bick y Donald Meltzer desarrollaron, a partir de los estudios de Klein, el concepto de *identificación adhesiva*. José Bleger, presenta (post mortem), en 1977, utilizando este conocimiento y conjeturando sobre la simbiosis, la posición Ghlichro-cárica, que él consideraba, con maestría, una posición anterior a la posición Esquizoparanoide. La posición Ghlichro-cárica incluye un conglomerado yoico con el objeto de que no está diferenciado, que fue nombrado por Bleger como un núcleo aglutinado. Tiene en su constitución, ansiedad por defusión que puede manifestarse como ansiedad de tipo pánico, somatizaciones y enfermedades psicosomáticas, como esclerosis múltiple, artritis reumatoide, vitiligo, entre otras. Es interesante decir que 72% de los pacientes que buscan atención médica neuropsiquiátrica y psicológica utilizan la posición Ghlichro-cárica dentro de su universo relacional, con sus idiosincrasias que afectan sus vidas y el entorno terapéutico. El conocimiento de sus particularidades puede ampliar el volumen de recursos del profesional de la salud mental, en el uso de técnicas psicoterapéuticas e incluso en la elección de los medicamentos psicotrópicos más adecuados para los clientes en este puesto, lo que hace que el desarrollo de este tema sea esencial. Utilizamos un modelo de estudio clínico-cualitativo y transdisciplinario basado en una revisión conceptual sobre el tema.

## Palabras clave

Melanie Klein; ghlichro-cárica: simbiosis; ansiedad.

---

1 Coordinador del grupo de estudios e investigación en comportamiento humano (GEPECH/CEMCO/UNIFESP) y Doctorando en Psicología Clínica (UCES/Argentina). Contacto: paulodemello@uol.com.br

2 Coordinadora del área de neurociencias del grupo de estudios e investigación en comportamiento humano (GEPECH/CEMCO/UNIFESP). Contacto: ednabertini78@gmail.com

3 Coordinador de Grupo de Estudios e Investigación en Salud Oral y Sistémica – Depto. de Dermatología y Odontología (GEPPOS/UNIPESP). Revisor Cochrane Skin Group Nottingham University Reino Unido. Contacto: acmonson@uol.com.br

4 Coordinadora del área de metodología de investigación, estudio y publicación del grupo de estudios e investigación en comportamiento humano (GEPECH/CEMCO/UNIFESP). Contacto: tassiamb@gmail.com

5 Director de la Unidad de Medicina Comportamental (CEMCO/UNIFESP). Contacto: contato@cemco.com.br

### Abstract

Melanie Klein enunciated the positions Depressive (1935) and Esquizoparanóide (1946). Esther Bick and Donald Meltzer developed, from Klein's studies, the concept of *adhesive identification*. José Bleger, presented (post mortem), in 1977, using this knowledge and conjecture on symbiosis, the position Ghlischro-cárica, now Viscocaric in Brazil, which masterfully considered this to be a position previous to the Schizoparanoid position. The Ghlischro-cárica position includes an egoic conglomerate with the undifferentiated object which Bleger termed by the agglutinated nucleus. It is constituted the defusional anxiety that can manifest itself as panic-type anxiety, somatizations and psychosomatic diseases, such as multiple sclerosis, rheumatoid arthritis, vitiligo, among others. It is interesting to say that 72% of the patients seeking neuropsychiatric and psychological medical care use the Ghlischro-cárica position within their relational universe, with their phenomenological idiosyncrasies that affect their lives and the therapeutic setting. know their particularities can expand the resources of the mental health professional, the use of psychotherapeutic techniques and even the choice of the most appropriate psychiatric drugs for clients of this position, which makes the development of this topic fundamental. We use a clinical-qualitative and transdisciplinary model of study based on a conceptual review of the subject.

### Keys words

Melanie Klein; ghlischro-cárica; symbiosis; anxiety.

### Resumo

Melanie Klein enunciou as posições Depressiva (1935) e Esquizoparanóide (1946). Esther Bick e Donald Meltzer desenvolveram, a partir dos estudos de Klein, o conceito de *identificação adesiva*. José Bleger, apresenta (post mortem), em 1977, utilizando-se destes conhecimentos e conjecturando sobre simbiose, a posição Ghlischro-cárica, o que considerou, com maestria, ser esta uma posição anterior à posição Esquizoparanóide. A posição Ghlischro-cárica inclui um conglomerado egóico com o objeto que se mostra indiferenciado que foi denominado por Bleger de núcleo aglutinado. Tem em sua constituição a ansiedade defusional que pode manifestar-se como ansiedade do tipo pânico, somatizações e doenças psicossomáticas, como esclerose múltipla, artrite reumatóide, vitiligo entre outras. Interessante dizer que 72% dos pacientes que procuram atendimento médico neuropsiquiátrico e psicológico utilizam-se da posição Ghlischro-cárica dentro do seu universo relacional, com suas idiosincrasias que afetam suas vidas e o setting terapêutico. O conhecimento de suas particularidades pode expandir o volume de recursos do profissional de saúde mental, no uso de técnicas psicoterapêuticas e mesmo na escolha dos psicofármacos mais indicados

para clientes desta posição, o que torna fundamental o desenvolvimento deste tema. Utilizamo-nos de um modelo clínico-qualitativo e transdisciplinar de estudo a partir de uma revisão conceitual sobre o assunto.

**Palavras chaves**

Melanie Klein; viscocárica; simbiose; ansiedade.

## Introducción

Melanie Klein, nos presentó las Posiciones psicoanalíticas Depresiva y Esquizoparanoide y desarrolló una comprensión de las relaciones entre sus elementos (Klein, 1996).

Basado en los estudios de José Bleger y otros autores, esta comprensión se puede ampliar a otra posición, a la que llamó la posición Ghlichro-cárica (Viscocárica en Brasil). trayendo consigo nuevos elementos que enriquecieron la comprensión no solo del funcionamiento dentro del universo mental y las relaciones de objeto, sino, sobre todo, de la relación del sujeto con su cuerpo y sobre cómo el sujeto puede enfermarse (Bleger, 1977).

Comprender con mayor profundidad cada una de estas 3 posiciones psicoanalíticas, nos da una mayor posibilidad de reflexión sobre cómo funciona el sujeto, desde el punto de vista mental, especialmente con respecto a las relaciones de objetos, deseos y ansiedades, pero no solo eso, porque podemos aprender mucho más dentro de este marco psicodinámico.

Estudiar estas relaciones en profundidad puede ayudarnos a comprender cómo un paciente desarrolla enfermedades físicas como resultado de sus ansiedades que son específicas de cada posición.

En este artículo, presentaremos detalles sobre las Posiciones Ghlichro-cáricas, Esquizoparanoide y Depresivas, prevalencia, conceptualizaciones, análisis y conjeturas sobre la relación entre los elementos de estas posiciones, su importancia para una mejor comprensión del tema, de la salud y los mecanismos de la enfermedad psicosomática.

Prestamos especial atención a la posición ghlichro-cárica y a la ansiedad defusional, y sus síntomas, considerando su similitud con la ansiedad el tipo de pánico.

Para la realización de este artículo, realizamos largos estudios transdisciplinarios de textos psicoanalíticos, especialmente con recortes temáticos kleinianos y neo-kleinianos y textos, libros y artículos sobre neurociencia, neurología y psiquiatría.

Buscamos artículos en la base de datos Lilacs, Pubmed / Medline, Scielo y Bireme, entre los años 1980 y 2020.

Por lo tanto, buscamos desarrollar un largo estudio transdisciplinario, cualitativo y reflexivo sobre el tema.

Consideramos que este estudio es relevante por dos razones principales, a saber:

1. Por el hecho de que es el resultado de un estudio transdisciplinario, siendo posible de esta manera, tratar de desarrollar el conocimiento interseccional entre áreas de conocimiento que hasta entonces

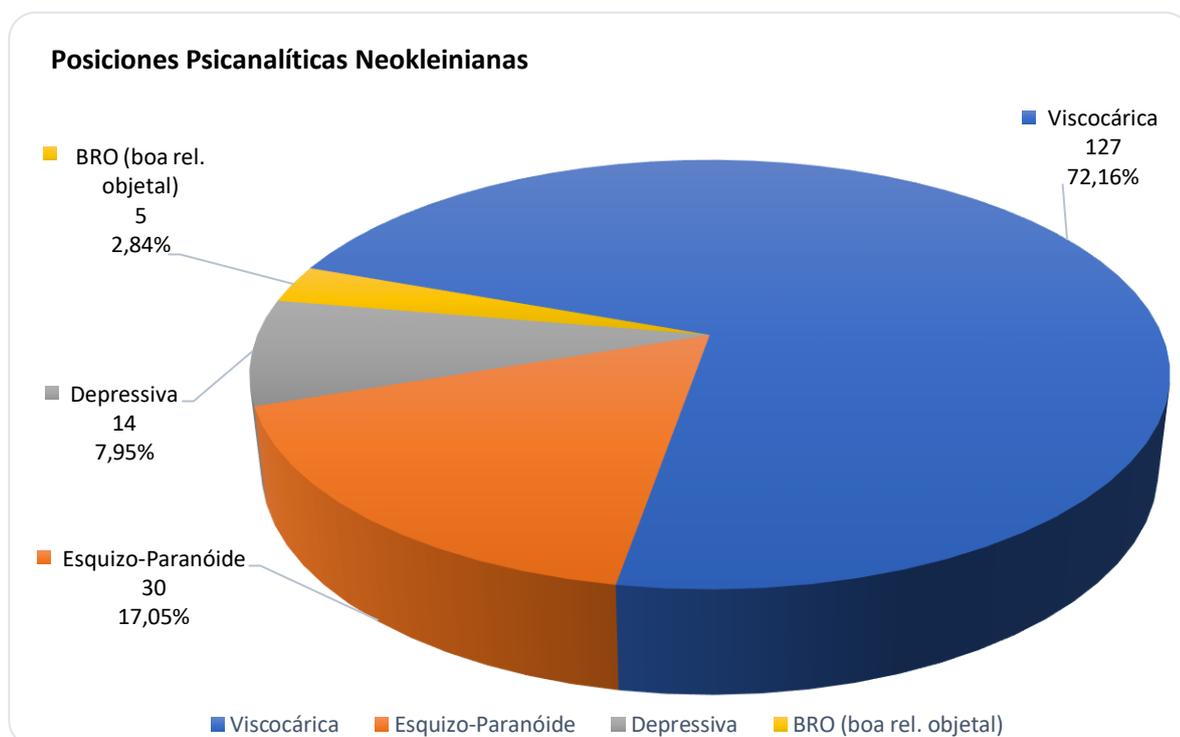
parecían desconectadas, el psicoanálisis dentro de un recorte temático neo-Kleiniano y la neurociencia.

2. Para la expansión del conocimiento más allá de cada una de estas áreas, pudiendo así ofrecernos una mayor posibilidad de desarrollar estrategias psicoterapéuticas y médicas en el tratamiento de pacientes con enfermedades psicosomáticas desde una perspectiva menos reduccionista.

**Aproximadamente el 72% de los pacientes se encuentran en la posición Ghilischro-cárica.**

El alto perceptual de pacientes que se encuentran en la posición Ghilischro-cárica apunta para la necesidad de conocer mejor esta posición psicoanalítica (Gráfico 1).

Cerca de 72% de los pacientes que procuran atendimento médico neuropsiquiátrico y psicológico en la región metropolitana de São Paulo, Brasil, se utilizan de la posición Ghilischro-cárica dentro de su universo relacional, con sus idiosincrasias que afectan a sus vidas y el *setting* terapéutico (Mello et al, 2017). El conocimiento de sus particularidades puede expandir el volumen de recursos del profesional de salud mental, médicos, psicólogos y psicoanalistas, en el uso de técnicas e incluso en la elección de psicofármacos más indicados para clientes de esta posición, lo que torna fundamental el desarrollo de este tema.



**Grafico 1:** Distribución perceptual de las posiciones psicoanalíticas neo-kleinianas para pacientes (n: 127), que buscaron atendimento médico en salud mental, atendimento psicológico y psicoanalítico entre los años 2003 y 2006, en la región metropolitana de São Paulo, Brasil, (Mello et al, 2017).

### ¿Qué precisamos saber al principio para comprender mejor lo que es la posición Ghilichro-cárica?

Al tratarse de escribir sobre la posición Ghilichro-cárica tenemos inicialmente que descorrer algo sobre *yo, self e relaciones objetales*, el centro de la comprensión de lo que es cada posición psicoanalítica descrita por Klein y José Bleger, para que su comprensión sea mas degustable.

### Un poco sobre *yo* y *self*.

Freud comenzó a escribir sobre objetos en "Estudios sobre la Histeria". Sin embargo, el mayor desarrollo en el entendimiento sobre relaciones objetales se hizo con algunos otros autores, para citar algunos, tenemos Karl Abraham, Sandor Ferenczi, Klein y Fairbairn. Melanie Klein; comenzó a bosquejar sus ideales sobre objetos internos en 1920, pero no distinguió de aquellos que se transforman en figuras introyectadas en la forma de objetos del *superyó* (Green, 2003, p.260).

Freud utilizó el termino *yo (Ich)* en su texto *El yo y el ello* para referirse al *yo* y al *self*, entretanto esta indefinición trajo incertezas en la estructuración de la teoría das relaciones objetales a posteriori, por parte de los autores que siguieron a él. La diferenciación entre *yo* como representación mental y *yo* como estructura se dio por alrededor de 1950 a través de los trabajos de Heinz Hartmann y Edith Jacobsen (Green, 2003, pp. 260-61).

Otros autores, modificaron esta comprensión sobre *yo (ego)*, *yo* y *self*. Hartmann, en 1950 trató de diferenciar al *yo* como instancia psíquica del *yo* como la propia persona. EL *yo* como instancia fue traducido para el inglés como *ego*. La noción de "*self* (sí mismo)" fue usado para referirse a una instancia en el sentido narcisista, un "auto-investimento libidinal". (Roudinesco, Plon, 1998, pp. 299-700). Este término fue retomado después, en 1960, por Donald Woods Winnicott y por Heinz Kohut.

En cuanto había un movimiento intenso en el universo psicoanalítico en el sentido de estudiarse al *ego* y sus formas de relacionamiento con sus objetos, Melanie Klein utilizaba de forma a intercambiar expresiones como *ego, self y sujeto*. Empleaba el termino *sujeto* y *ego* como algo que complementase el objeto, en cuanto al termino *self* fue después por ella usada para alcanzar "(...) la totalidad de la personalidad, que incluye no apenas el *ego*, pero también la vida pulsional que Freud llamo del Ello". (Klein, 1952, pp. 300-01). En términos kleinianos por lo tanto, el *self*, incluye elementos pulsionales pertenecientes a la instancia del *Ello*.

Queda claro que no había y de hecho aun no hay en la actualidad un consenso entre las diversas líneas de pensamiento psicoanalítico, sobre exactamente a que estamos nos refiriendo cuando hablamos sobre *yo*, *ego* y *self*. Por eso encontramos en la literatura diversas definiciones sobre el asunto.

En este artículo preferimos la definición sobre *ego* (*o yo en español*), y *self* en los siguientes términos. *Ego* como siendo la idea que hacemos de nosotros mismos, mucho más como representación mental de lo que como estructura. Cuando nos referirnos al *self*, estaremos refiriéndonos a la idea que hacemos de nosotros dentro de una estructura de relacionamiento objetal (Hollis, 1998).

### **Las posiciones psicoanalíticas neo-kleinianas.**

Klein, fue la responsable por el desarrollo de las posiciones Depresiva (1935) e Esquizoparanoide (1946).

José Bleger, un psicoanalista argentino, tuvo su obra "Simbiosis y Ambigüedad" publicada en 1977 (Post mortem). Parte de esta obra ya había sido publicada en la Revista de Psicoanálisis, volumen XVII, 1960 y volumen XIX en 1962; en la Asociación Psicoanalítica Argentina en abril de 1961, vol. XIX, 1962; y en la Revista Uruguaya de Psicoanálisis, vol. VI, 2-3, en 1964. En esta obra de 1977, tal vez la más importante del autor, él nos presenta la posición Ghlichro-cárica (o Viscocárica en Brasil), pero ¿cómo se dio la evolución de su trabajo?

Melanie Klein, en 1935 (1996), en su texto "Una contribución a la psicogenesis de los estados maniacodepresivos" enunció la posición Depresiva. En 1945 en "El duelo y sus relaciones con los estados maniacodepresivos" escribió sobre el duelo por la pérdida del objeto interno amado (Klein, 1996). Refiere en este enunciado que la ansiedad depresiva surge como fruto de la convergencia de amor y odio hacia dentro del objeto. Klein vía la ansiedad depresiva como elemento presente y necesario en el proceso de reparación, común a los "(...) relacionamientos maduros, la fuente de los sentimientos generosos y altruistas – *no confundir con capitulación altruista* – que son devotados al bien estar del objeto". (Klein, 1996, pp.301-329; 385-412, Hishelwood, 1992, p.12).

Cuando los mecanismos de reparación fallan, surge en escena la defensa maníaca, en aquel que se encuentra situado en la posición depresiva. No es el objetivo de este artículo escudriñar este recurso del yo.

De acuerdo con Hishelwood (1992), fue en 1929 que Klein tuvo sus primeras ideas sobre la posición Esquizoparanoide, sin embargo, solamente en 1946 en "*Notes on some schizoid mechanisms*" fue que la autora verticalizó el conocimiento en lo que se refiere a los estados paranoides y persecutorios.

William Ronald Dodds Fairbairn, un psicoanalista escocés, que no formaba parte del grupo de colaboradores de Klein, fue quien de hecho le inspiró a pensar que habría una posición que antecedería a la

posición Depresiva. Él le hizo una pregunta y él mismo respondió. Pregunto "¿por qué algunas personas consiguen atravesar la erupción de la culpa en la posición Depresiva más o menos bien, en cuanto otras no consiguen?". (Hishelwood, 1992, pp.170-80).

Fairbairn desarrolla su raciocinio por medio del sentimiento de culpa, comprendiendo la culpa como una defensa. Melanie Klein concuerda con sus ideas. A partir de ahí, sigue ella racionalizando sobre persecutoriedad y como la ansiedad persecutoria es capaz de fragmentar la mente lo que impide que el sujeto avance hacia la posición Depresiva. En este momento el paciente pasa a utilizar recursos más primitivos, como las proyecciones, en particular la identificación proyectiva, que desde entonces se torna casi que *sinónimo* de posición Esquizoparanoide, incluso que la identificación proyectiva no sea exclusividad de esta posición.

Podemos entonces enunciar, para cada posición, diferencias en los siguientes requisitos: modo de relación, relación de las instancias, ideas del yo, sentimiento básico, defensa básica, tipos de ansiedad, deseo básico, momento conflictual y expresión del trabajo mental (Tabla 1).

Vamos entonces analizar cada una de las tres posiciones dando más énfasis a la posición Ghilischro-cárica, el foco de nuestro artículo.

### **Posición Esquizoparanoide.**

En la posición Esquizoparanoide, el yo lucha para mantenerse cohesivo. Busca a todo momento preservarse integrado, incluso que alterne, con frecuencia, entre integración y desintegración. El mayor riesgo perceptible es el de la aniquilación y por eso surge una ansiedad persecutoria cuyo objeto perseguidor sentido, estaría fuera del sujeto, cuando en la verdad son sus objetos *estragados*, del *self*, que lo persiguen. Un recurso bastante utilizado en este momento es la identificación proyectiva, que visa depositar en las Otras cosas *malas* pertenecientes al *self* del sujeto, pero no apenas esto. La identificación proyectiva puede tener un carácter didáctico y terapéutico. Con frecuencia observamos la identificación proyectiva en el *setting* terapéutico. El cliente proyecta en el terapeuta lo que él tiene de peor pues sabe que el terapeuta puede soportar, que va a elaborar y devolver para él *tailoring*, o sea ordenado, organizado, clareado, puntuado e interpretado, sin que el sujeto pierda el acogimiento necesario para la manutención del *setting*.

La relación objetal predominante en esta posición es con objeto parcial – totalmente bueno o totalmente malo – hay un *ego* no muy estructurado, pero también no tan arcaico e indiferenciado en cuanto a da posición Ghilischro-cárica, ni tan organizado y diferenciado en cuanto al de la posición Depresiva. Aun en la posición Esquizoparanoide el superyó es percibido por el sujeto como externo a él, un superyó cruel. De ahí la ansiedad persecutoria y aniquiladora y por esto su defensa es proyectiva, en general, la

identificación proyectiva. Es un modo de dar al objeto externo la cualidad de un objeto totalmente malo para donde el sujeto puede proyectar sus partes más del *self*. El deseo básico perceptible en el *setting* es el de querer expulsar de dentro de sí lo que considera malo. La rabia y la dificultad en tomar decisiones casi siempre están presentes y podemos observar esto, así que el cliente entra en nuestros consultorios. Su *ideal del yo* es ser reconocido como un sujeto bondadoso, justo, fuerte y competente. Su modelo mental es intersubjetivo y muy de su ansiedad es manifiesta por estereotipias, tiques y comportamientos obsesivos compulsivos (Mello et al, 2017).

### **Posición Depresiva.**

En la posición Depresiva, el modo de relación envuelve una triangulación entre un *self* que habitualmente se culpa por el estrago que pueda haber causado en la relación (fragmentación del *self*), pues su relación objetal no se hace con objetos parciales, como acontece con las otras dos posiciones, pero con objetos totales. El superyó está totalmente internalizado, por esto es mas habitual el sujeto en esta posición, ser capaz de asumir sus errores. El conflicto básico y clásico entre el *Ello* y *Superyó* sucede en la posición Depresiva. El *ideal del yo* es el de ser amoroso, bondadoso y cuidadoso con el objeto externo (Mello et al, 2017). El deseo básico es el de prevenir o reparar los estragos del objeto y su dinámica es simbólica. Observamos que este grupo está, mas sujeto al real suicidio.

### **Posición Ghilischro-cárica.**

La posición Ghilischro-cárica, como ya enunciamos, tuvo su inicio en 1970 con los trabajos de Esther Bick y en 1975 con Donald Meltzer. La contribución de estos autores se debe al concepto por ellos desarrollo sobre *identificación adhesiva*. A partir de un método bastante bien elaborado de observación de bebés, Ester Bick enunció nuevas ideas sobre el primero objeto y primera introyección del bebé. Meltzer se utilizo de estas ideas de Bick y las aplico en su análisis con crianzas autistas (Hishelwood, 1992, pp. 355-56).

Tanto Bick, en cuanto Meltzer identificaron lo que llamaron de padrón de "segunda piel", lo cual al revés del bebé proyectarse hacia dentro del objeto, él manifestaba un sistema de comportamiento lo cual intentaba mantenerse ligado, adherido y porque no decir, fusionado al objeto.

José Bleger (1977), en su libro *Simbiosis y Ambigüedad*, describe lo que llamo de posición Ghilischro-cárica; una posición que antecede la posición Esquizoparanoide. La posición Depresiva, como vimos, fue la primera posición enunciada por Klein, en 1935; en seguida, 1946, la posición Esquizoparanoide, cada una con sus características.

Recordemos que, de acuerdo con Bleger, en la posición Esquizoparanoide predomina la relación con objetos parciales idealizados en totalmente buenos o malos, en cuanto que en la posición Depresiva la relación es primordialmente con objetos totales. El desarrollo de las posiciones Depresiva y Esquizoparanoide no hizo con que Klein se cerrase en un modelo blindado que no pudiese ser expandido, muy por el contrario; en su trabajo de 1952 "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante", Melanie Klein escribió:

(...) hay fundamentos para suponer que, en la mente de la crianza, incluso durante los tres o cuatro primeros meses de vida, el objeto bueno y el malo no se diferencian totalmente uno del otro (...). El seno de la madre, tanto en su aspecto bueno como en el malo, parece fundirse, hacia ella, con la presencia corporal de la madre, y la relación con esta como persona se va constituyendo gradualmente a partir de este momento". (Klein, 1952, p.87).

José Bleger, como él mismo escribió, busco ampliar la comprensión de un grupo de fenómenos a partir del estudio de la simbiosis y de la transferencia en el análisis de psicóticos.

En cuanto la simbiosis, Bleger observo, y también observamos en nuestro atendimiento, que ella envuelve una dinámica donde los objetos son parciales sin que haya distinción entre objetos buenos o malos, diferentemente de la posición Esquizoparanoide. La simbiosis también es marcada por una ausencia de delimitación entre el *yo* y el *no-yo*, entre lo que está dentro y lo que está fuera, o sea, entre el interno o externo. Este *ego primitivo* sin clara delimitación de lo que él es y de hasta donde él va, hizo con que Bleger el evaluase como un sistema rígido y de difícil movilidad, lo denomino de *objeto aglutinado*. De esta forma el objeto aglutinado corresponde a un conglomerado de "experiencias gratificantes y frustrantes del bebé", aglutinado y desordenado que hace del *yo* algo difícil de ser discriminado en el *setting* terapéutico. En esta situación, no existen objetos buenos y malos. Tales objetos no pasaron aun por una diferenciación y también no hay una verdadera relación objetal entre el *yo aglutinado* (arcaico) y los objetos. Lo que Bleger describe es que hay una *identificación primaria*. Esta relación entre un *yo arcaico*, indiferenciado que no distingue lo que es el *yo* y el *no-yo* y el interno y el externo, con un objeto, fue denominado por Bleger como *núcleo aglutinado* (Bleger, 1977).

Actualmente comprendemos que en parte lo que Melanie Klein describió como siendo la posición Esquizoparanoide e incluso la posición Depresiva, parece formar parte de la posición Ghlichro-cárica. El punto central está en la identificación de defensas que buscan evitar la defusión a todo costo. En este contexto, a partir de observaciones clínicas de más de 30 años de experiencia, acreditamos que la posición

Ghlichro-cárica contenga los mecanismos inherentes a lo que llamamos de resentimiento, herir, manipulación del *setting* y enfermedad sobretodo aquellos relacionados a las enfermedades autoinmunes y al trastorno de ansiedad del tipo pánico.

Bleger (1977, p. 100), escribe en su libro que creía que la posición Ghlichro-cárica, constituía el "punto de fijación de la epilepsia y de las epileptoidias".

Debo discordar de esta posición de Bleger al menos parcialmente. Hoy las crisis epilépticas engloban un conjunto espectral grande de enfermedades observables cuya naturaleza es extremadamente diversa (genética, tumores, metabólicas, contusiones y conmociones cerebrales, vasculares, infecciosas, parasitarias etc.), pero que en su conjunto tiene como elemento en común, en la manifestación de la crisis, una disfunción de carácter bioeléctrico cerebral.

Entretanto cuando él usa el termo epileptoidias, similar al que denominamos de epileptiforme, debo concordar con él cuando vejo no atendimiento clínico, pacientes desfallecieron o incluso *convulsionaron* con propósito manipulatorio a fin de buscar cuidado y protección.

Cuando utilizamos las informaciones sobre fenómeno del fuero íntimo o tabla IFFI, observamos que casi todos pacientes en esta condición pueden ser clasificados como situados en la posición Ghlichro-cárica.

Las características más fundamentales de la posición Ghlichro-cárica son una relación anaclítica fusional, pues de hecho *no existe el otro, ni dentro, ni fuera, ni yo, ni no-yo*, como es referido por Bleger, es un conglomerado que se moviliza en bloque, denominado de *núcleo aglutinado*. Esta posición es tan primitiva que el *superyó* es representado por la realidad externa, pues en esa posición el sujeto se comporta básicamente como que, respondiendo a las expectativas y anhelos del ambiente, de la sociedad y de su cultura. Es como si se preguntase constantemente, *cómo quieren que yo me comporte para ser aceptado, amado, cuidado y protegido*; pues estos son sus deseos básicos. Si la raba es el sentimiento básico de la posición Esquizoparanoide y la culpa la de la Depresiva, el dolor y el resentimiento son sentimientos comunes de la posición Ghlichro-cárica.

Elementos prevalentes	Ghlichro-cárica	Esquizo-paranoide	Depresiva
<b>Modo de relación</b>	Yo + OP con relación anaclítica fusional (dual entre yo y <i>mi madre</i> )	Yo + OP idealizado (dual entre yo y figura-madre polarizada)	Yo neg. + OT pos. (triangular entre yo, madre y no-madre)
<b>Relación de las instancias</b>	Conflicto entre el Ello y la realidad externa. Sin superyó y con yo fusionado. Yo es el resultado de la fusión con el Objeto.	Conflicto entre el Ello y la realidad externa, que representa el superyó cruel y perseguidor	Superyó internalizado. El conflicto se hace entre el Ello y Superyó.

<b>Ideales del yo</b>	Ser amado, cuidado Y protegido	Ser reconocido como fuerte, competente, bondadoso y justo	Ser amoroso, bondadoso y cuidadoso
<b>Sentimiento básico</b>	Dolor (mágoa)	Rabia	Culpa
<b>Defensa básica</b>	Identif. adhesiva	Identif. proyectiva	Defensa maníaca
<b>Ansiedad</b>	Defusión	Persecutoria y aniquilamiento	Fragmentación del self
<b>Deseo</b>	Fusión	Expulsar el mal interior	Prevenir y/o reparar estragos del objeto
<b>Momento conflictual</b>	0 - 2o mes – sin a percepción de la mirada materna	3o - 5o mes – contacto con la punición	Después del 5o mes – consciencia de la existencia del Otro como OT a ser reparado y perdido
<b>Expresión del Trabajo mental</b>	Protomenta (somatiza – enferma, enfermedades neurovegetativas, autoinmunes)	Intersubjetivo (comportamentaliza, estereotipias – tiques, TOC)	Simbólico (mentaliza - entristece)

**Tabla 1:** Elementos prevalentes de las posiciones psicoanalíticas neo-kleinianas (Mello et al, 2017).

La identificación adhesiva, descrita por Bick y después Meltzer es el recurso de este *yo aglutinado* más utilizado con el objetivo de mantenerse fundido al objeto que el no reconoce como externo a él. El modelo de funcionamiento mental fue denominado de protomenta por Bleger y los recursos últimos envuelve la enfermedad con enfermedades de carácter somatizador y enfermedades autoinmunes (Bleger, 1977). Personalmente, ya tratamos de pacientes con esclerosis múltiples, artritis reumatoide, vitíligo y psoriasis y todos, sin excepción se encontraban en la posición Ghlichro-cárica.

**¿Por qué pacientes de la posición Ghlichro-cárica (con depresión y síntomas de pánico), pueden responder mejor a la paroxetina y venlafaxina?**

Los antidepresivos y ansiolíticos han demostrado ser efectivos en el tratamiento de pacientes con depresión y con trastornos de ansiedad, particularmente en pacientes con trastorno de pánico. Los más utilizados son los inhibidores de la recaptación de serotonina y los psicofármacos duales, aquellos que

también inhiben la recaptación de noradrenalina. Entre estos medicamentos, emergen la paroxetina y la venlafaxina (Zugliani, 2019; Zhang et al, 2020).

Perna & Caldirola (2017), señala en su estudio la mayor eficacia de la paroxetina en comparación con la reboxetina, otro inhibidor de la recaptación de serotonina en el tratamiento de pacientes con trastorno de pánico.

Pollack, Mangano, Entsuah, Tzanis y Simon (2007), describen en su trabajo que tanto la paroxetina como la venlafaxina han demostrado ser efectivas en el tratamiento de pacientes con pánico, con una ligera superioridad a la venlafaxina.

Bleger (1977), describe en su libro, Simbiosis y Ambigüedad que es en la posición Ghlichro-Cárica a partir de la cual se producen síntomas similares y comparables a los del pánico (tabla 1).

Entonces, basado en esto, podemos inferir sobre la posibilidad de que los pacientes en posición Ghlichro-Cárica que manifiestan durante una crisis de ansiedad por defusión, síntomas comparables a la ansiedad de tipo pánico, puedan responder favorablemente a las intervenciones farmacológicas con inhibidores de la recaptación de serotonina y de serotonina añadido a norepinefrina, especialmente a paroxetina y venlafaxina.

Tal vez, estos dos psicofármacos tengan algo en común en su farmacología que explique una mejor actividad posible en este grupo de pacientes.

La venlafaxina es un inhibidor de la recaptura de serotonina y noradrenalina simultáneamente. Se trata, por lo tanto, de un fármaco dual cuyos efectos predominantes son dosis dependientes. En algunos pacientes puede predominar la acción serotoninérgica en las dosis de 75 a 225mg/día y la acción dual (serotonina – noradrenalina) en dosis mayores de 225 a 375mg/día, en la mayoría de los pacientes. En dosis muy altas (arriba de 375mg/día) también ocurre bloqueo de la recaptura de dopamina (Stahl, 2019).

La paroxetina es utilizada en las dosis de 10 a 60mg/día. En las dosis menores, a la semejanza con la venlafaxina, predomina las acciones serotoninérgicas y en dosis mayores ocurre acción dual, con acción también noradrenérgica. Diferente de la venlafaxina, la paroxetina posee una acción anticolinérgica muscarínica lo que explicaría, probablemente, sus efectos sedativos y tranquilizantes (Stahl, 2019).

Considerando las hipótesis neuroquímicas para la depresión podemos asociar los síntomas de esa patología a la menor actividad de las redes serotoninérgicas, noradrenérgicas y dopaminérgicas, principalmente en el córtex prefrontal y áreas límbicas. Por lo que dependiendo de cuáles redes de neurotransmisores están más comprometidas tendremos un grupo de síntomas específicos. De acuerdo con este abordaje, podemos decir que la depresión caracterizada por una reducción del afecto positivo es más dopaminérgica y noradrenérgica, en cuanto que la depresión que envuelve afecto negativo aumentado es más serotoninérgica y noradrenérgica.

Parece que pacientes ghlischro-cáricos llenan más los criterios de afecto negativo aumentado, que es una dimensión general de la angustia e insatisfacción con muchos síntomas como arrepentimiento, disgusto, miedo, inseguridad y resentimiento. Siguiendo esta línea de raciocinio podemos inferir que la depresión del ghlischro-cáricos es más serotoninérgica y noradrenérgica, lo que explicaría, en parte, la mayor acción de la paroxetina y venlafaxina en dosis medias y bajas en estos casos. Estos fármacos, en estas mismas dosis son eficaces en el Síndrome de Pánico cuando manifiesta la ansiedad defusional. Las hipótesis biológicas para el Síndrome del Pánico apuntan para una reducción de la actividad de redes serotoninérgicas que modulan a noradrenalina en el circuito del miedo, donde la amígdala es una estructura clave.

En tesis, esto explicaría por cuál razón creemos que pacientes posicionados en la posición Ghlischro-cárica, pueden responder mejor a la paroxetina y venlafaxina. Más investigaciones deben ser realizadas.

## **Conclusión**

La posición Ghlischro-cárica es la más prevalente entre las 3 posiciones presentadas, abarca más de 70% dentro de los pacientes que buscan atendimento en el campo de la salud mental entre los años 2003 y 2006, en la región metropolitana de São Paulo, Brasil.

Es también la posición que exhibe una relación mas próxima con el desarrollo del Síndrome del Pánico cuando manifiesta la ansiedad por la defusión, además de enfermedades autoinmunes como esclerosis múltiples, artritis reumatoides y vitíligo.

Otro dato importante, que necesita ser comprobado, envuelve la posibilidad de que pacientes en esta posición pueden responder mejor a las intervenciones medicamentosas con paroxetina y venlafaxina, cuando comparado con otros psicofármacos, considerando su similitud sintomática con el trastorno de ansiedad por pánico. Más investigación con métodos transdisciplinarios puede traernos una respuesta a esta pregunta.

Conocer esta posición y los elementos pertenecientes a ella se torna relevante en la mejor comprensión de la psicodinámica de nuestro cliente, en el análisis transferencial y contratransferencial y en la intervención médica y psicoanalítica, especialmente en pacientes con enfermedades psicósomáticas.

## **Apéndice**

En el texto la palabra *otro* será siempre escrito en letra mayúscula, de esta forma (Otro), pues no se refiere al pronombre indefinido variable singular masculino, pero si al modelo objetal psicoanalítico. El mismo se debe las posiciones psicoanalíticas neo-kleinianas: Ghlischro-cárica, Esquizoparanoide y Depresiva.

### **Agradecimiento**

Agradezco al Prof. Dr. José Roberto Leite (director del CEMCO/UNIFESP) y a la dedicación del equipo del GEPECH, en especial a las coordinadoras de las áreas de Neurociencia (Prof. Dra. Edna Bertini) y de Metodología de Estudio, Investigación y Publicación (investigadora Tássia Borges) por el empeño incesante en la promoción del conocimiento y educación en el campo de la transdisciplinaridad. Agradezco a UCES y la Prof. Dra. Susana Sneiderman y también al equipo del GEPSOS (Prof. Dr. Carlos Alberto Monson, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Valéria Petri y la investigadora Maria Benedita Martins), por la excelente contribución y compañía en la producción de este y de otros trabajos.

Prof. Paulo, de Mello (Médico Neurólogo Clínico, Psicoanalista neo-kleiniano e Coordinador do GEPECH).

## Referencias Bibliográficas

- Bleger, J. (1977). Modalidade da relação. In: *Simbiose e Ambiguidade*. Rio de Janeiro. Francisco Alves.
- Green, A. organizador (2003). Psicanálise contemporânea. In: *Rev. franc. psican.* [S.l.]. Imago; pp.260-1,264-5,268-9.
- Hishelwood, R.D. (1992). Prefacio. In: *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre, Brasil. Editora Artes Médicas.
- Hishelwood, R.D. (1992). Posição Depressiva. In: *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre, Brasil. Editora Artes Médicas.
- Hishelwood, R.D. (1992). Posição Esquizopranóide. In: *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre, Brasil. Editora Artes Médicas.
- Hishelwood, R.D. (1992). Verbetes gerais. In: *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre, Brasil. Editora Artes Médicas.
- Hollis, J. (1998). Em busca de significado. In: *Os Pantanaís da Alma: nova vida em lugares sombrios*. Toronto/Canadá. Paulus.
- Klein, M. (1991). Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê 1952. In: *Melanie Klein, inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro. Brasil: Editora Imago.
- Klein, M. (1996). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: *Melanie Klein, amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945*. Rio de Janeiro, Brasil. Editora Imago
- Klein, M. (1996). O luto e suas relações com os estados maníacos-depressivos. In: *Melanie Klein amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945*. Rio de Janeiro, Brasil. Editora Imago.
- Mello, P., Monson, C.A., Bertini, E., Costa, R. R. P. C., Martins, M. B. A., Yamamoto, M. N. & Leite, J. R. (2017). Neuropsicanálise e a classificação das posições psicanalíticas neokleinianas. *Neurociências*, (13):21-32.
- Perna, G. & Caldirola, D. (2017). Management of treatment-resistant panic disorder. *Curr Treat Options Psych*, (4) 371-386.
- Pollack, M., Mangano, R., Entsuah, R., Tzanis, E. & Simon, N.M. (2007). A randomized controlled trial of venlafaxina ER and paroxetine in the treatment of outpatients with panic disorder. *Psychopharmacology*. (194): 233-242.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro, Brasil. Editora Jorge Zahar.
- Stahl, M.S. (2019). *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas*. Ed 4ª. Rio de Janeiro, Brasil. Editora Guanabara Kogan.

Stahl, M.S. (2019). Fundamentos de psicofarmacología de Stahl: guía de prescrição. Porto Alegre, Brasil. Editora Artmed.

Zhang, B., Wang, C., Cui, L., Gao, J., Wang, C., Tan, X. & Fang, S. (2020). Short- term efficacy and tolerability of paroxetine versus placebo fo panic disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. Front Pharmacol. (11): 275.

Zugliani, M.M.; Cabo, M.C., Nardi, A.E., Perna, G. & Freire, R. C. (2019). Pharmacological and neuromodulatory treatments fo panic disorder: clinical trials from 2010 to 2018. Psychiatry Investig. 16 (1): 50-58.