

PSICOSIS¹

DEFINICION

Feuchtersleben introdujo el término psicosis en 1845 con el fin de separar los trastornos neuropsiquiátricos (neurosis) de los trastornos psiquiátricos (psicosis); sin embargo, este término aún carece de definición exacta, pues los distintos autores e investigadores, provenientes de líneas de pensamiento muy diferentes enfatizan distintos aspectos. Por esta situación los límites son muy amplios y los criterios de diagnóstico muy cambiantes. (Ban, y Ucha Udabe, 1995)

“Para Jaspers (1913) la psicosis es el resultado del proceso de una enfermedad que se apodera del individuo en cuanto totalidad, sin importar si es un trastorno hereditario que comienza en determinado momento de la vida o un trastorno no hereditario que comienza a serlo por una lesión exógena. Para aspirar al rango de psicosis, el proceso patológico debía tener fuerza suficiente para anular el desarrollo normal y la conducta manifestada ser tan diferente como para no confundirse con una reacción exagerada ante la experiencia cotidiana”. (Ban y Ucha Udabe, 1995)

Por su parte, Kaplan, Sadock y Grebb (1994) destacan tres parámetros que resultan, a juicio de los autores, importantes para delimitar las psicosis y que son: la incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía, la evaluación de la realidad deteriorada y la creación de una nueva realidad.

Desde el punto de vista psicoanalítico se la define como un trastorno primario de la relación libidinal con la realidad, por retracción de las cargas de objeto o incremento de la libido narcisista, con tentativas posteriores de reconexión objetal.

La estructura psicótica es una de las vicisitudes posibles en el armado del aparato psíquico de un sujeto, la que surgiría como corolario de una historia de sucesivos fracasos en los distintos momentos constitutivos del psiquismo humano y cuya cima estaría representada por el Edipo. Es una perturbación global de la personalidad con una desorganización total de las funciones del Yo, a la cual sigue en ocasiones, una reorganización narcisística, expresada en la construcción de un mundo propio, desde el cual el sujeto se ubica y vive en adelante.

El anhelo de la psicosis sería el de reproducir un estado similar a la simbiosis primaria, en donde no existe ni la necesidad de reconocer ni de desprenderse del objeto.

Bleger distingue dentro del concepto de psicosis: 1) la disgregación psicótica, 2) la restitución psicótica, 3) la parte psicótica de la personalidad y 4) la personalidad psicótica.

La descripción clínica corresponde al *período inicial* de la esquizofrenia en el cual se produce un derrumbe regresivo del Yo (vivencia de fin de mundo).

¹ Recopilación bibliográfica y elaboración temática realizada para la pasantía “Clínica de los cuadros Fronterizos y de las Psicosis”, dictada en la Facultad de Psicología de la UBA y en el Hospital Braulio Moyano de Buenos Aires. 2001

Se pueden distinguir 5 teorías de la disgregación psicótica:

a) Teoría de la regresión sustentada por Freud y Abraham: se postula una regresión a la etapa oral primaria caracterizada como preambivalente, narcisista y anobjetal.

b) Teoría de la desintegración: la teoría de la esquizofrenia basada en la génesis del Yo como proveniente de distintos núcleos que en su comienzo funcionan autónomamente y que luego se organizan, explica a esta patología como una regresión pero al mismo tiempo con una desintegración o pérdida de la integración o *síntesis del Yo*.

c) Teoría de la disociación, trata de una regresión específica: una regresión a la posición esquizoparanoide con su disociación específica o sea una separación de fragmentos yoicos asociada a una separación de objetos (malos y buenos).

d) Teoría de la fragmentación (splitting patológico): sostiene que si bien hay una regresión, ésta no se produce a la posición esquizoparanoide sino a una posición esquizoparanoide anormal, patológica, en la cual no se produce una disociación entre el objeto bueno y malo sino “caprichosa”. Klein, Bion y Rosenfeld dan importancia en este proceso a la confusión.

e) Teoría de la indiferenciación: postula que la regresión se produce a una organización primitiva con falta de discriminación (o indiferenciación primitiva). (Bleger, 1971)

“La esquizofrenia es sin duda alguna la psicosis cuyo punto de origen se sitúa en las capas más arcaicas de la constitución de la personalidad. Por esto es asimismo, a los ojos de la mayoría, la psicosis-tipo. Ello no impide que el uso del término sea con frecuencia sumamente vago, como en Estados Unidos, por ejemplo, donde tiende cada vez más a convertirse en un mero sinónimo de psicosis ni tampoco que las dimensiones en las cuales se eligen tanto los criterios de discriminación como los conceptos explicativos, sean muy variables.

La sola referencia a los nombres de Kraepelin, Bleuler y Freud-Lacan bastará para ilustrar aquí lo que decimos. Nos parece, sin embargo, que la noción de esquizofrenia puede precisarse mediante una serie de rasgos que definen su naturaleza misma. Vamos a enumerarlos, intentando explicar cómo se remiten unos a otros y se articulan entre sí, para componer juntos un modo (patológico) de existencia.

1) La imagen del propio cuerpo, a la cual se refiere consciente o inconscientemente el enfermo, aparece siempre como siendo, de alguna manera, la de un cuerpo troceado. Este despedazamiento se manifiesta con mucha frecuencia de modo bien patente.

2) El sujeto muestra en algún momento decisivo de sus decires una confusión entre el significante y el significado; muchos de los “neologismos”, tan corrientemente destacados en la literatura psiquiátrica acerca de la esquizofrenia, tienen aquí su origen. En esta confusión se inscribe el no-acceso del sujeto al orden de lo simbólico.

3) El triángulo edípico está fundamentalmente perturbado. El sujeto, que no ocupa sino imaginariamente el puesto del Ego en el vértice inferior del triángulo, se sitúa de hecho en uno de los ángulos del lado superior, de donde suplanta al padre, reemplazándole a veces por algún personaje ilustre o fantástico. Tiende a fundirse y a confundirse con el otro progenitor: la madre, la cual ocupa en principio el ángulo

opuesto del mismo lado, para abolir la línea y hacer caer a sus dos extremos en un punto único. El deseo de ser su propio padre con su propia madre corresponde a este esquema. Se trata, pues, en realidad, de un pseudo triángulo, que se podrá calificar también de pseudo edípico, ya que la madre a la cual aquí se alude no es la madre edípica, sino un Otro; esto es lo que se verifica también en el caso de la hija, con respecto a la cual es semejante el esquema y que no tiene jamás a la madre como objeto edípico (salvo en el caso de un complejo de Edipo invertido, lo cual constituye otro problema).

4) El sujeto manifiesta una bisexualidad al menos virtual. Más exactamente: fracasa en situarse en función de la diferencia entre los sexos. Sin desear anticipar acerca de los desarrollos que van a seguirse, se observará fácilmente que esto deriva directamente de lo que ha sido mostrado en el punto precedente.

5) El sujeto identifica el nacimiento y la muerte. Habla del nacimiento como de una muerte y de la muerte como de un nacimiento. “No he nacido aún”, o bien, “estoy muerto desde hace mil años”, son desde este punto de vista proposiciones estrictamente equivalentes” (De Waelhens, 1972)

ETIOLOGIA

Freud la atribuye, entre otras, a una falla en la represión primaria ²(por su ausencia o insuficiencia) como responsable de la psicosis, por lo cual debe reprimir lo real (forclusión) o deformarlo.

Cuando Freud en 1924 describe las características que tiene el vínculo con la realidad en las neurosis y en las psicosis, dice que la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella; la psicosis la desmiente y procura sustituirla. Al respecto acota Freud que la conducta normal es la que aúna los rasgos de ambas reacciones: como la neurosis, no desmiente la realidad, pero, como la psicosis, se empeña en modificarla. La conducta adecuada efectúa un trabajo que opera sobre el mundo exterior y no se conforma con producir alteraciones internas; no es sólo autoplástica sino, también, aloplástica. En la psicosis el remodelamiento de la realidad tiene lugar en los sedimentos psíquicos de los vínculos que hasta entonces se mantuvieron con ella, o sea en las huellas mnémicas, las representaciones y los juicios que se habían obtenido de ella hasta ese momento y por los cuales era subrogada en el interior de la vida anímica.

También se registra en la psicosis, insuficiencia en las identificaciones primarias y secundarias, presencia de una madre que no metaboliza las ansiedades esquizoparanoideas del bebé, por el contrario, le devuelve a éste el mismo monto de ansiedad que él depositó en ella, dificultándole así o impidiéndole la elaboración de las mismas y produciendo en el niño un efecto paralizante o explosivo.

Asimismo cumple un papel etiológico fundamental su inmersión en la situación de doble vínculo (mensajes contradictorios de efecto paralizador).

² El concepto de **represión primaria** (urverdrängung) es uno de los más complejos y oscuros de la teoría psicoanalítica, Freud la sitúa en el origen de toda otra represión, como un proceso hipotético que se observa a través de sus efectos.

En la psicosis no se alcanza una adecuada inserción en la triangularidad edípica, lo que lleva implícito un no acceso del sujeto a su propia identidad y por lo tanto, el no poder conferirse densidad y profundidad a sí mismo y a los demás. Este déficit es luego rellenado con restituciones delirantes, imaginarias y fantasmales que constituyen el mundo alucinatorio.

Freud (1917) formuló una reflexión visionaria que dejó sin contestar: "...no veo en que sentido habría fracasado la orientación que hemos impuesto a nuestras búsquedas si descubriésemos que en la psicosis graves son las pulsiones yoicas mismas las extraviadas de manera primaria...el futuro lo dirá...".

Creo que estamos en ese futuro y podemos advertir que esa intuición freudiana es hoy una de las más importantes ideas trabajadas por los diversos autores en los que abrevamos. Las "pulsiones yoicas mismas" opuestas, en ese momento teórico, a las sexuales y que requieren para su satisfacción de una "acción específica" implican una concepción muy cercana, aunque no exacta, a los "instintos del yo" de Winnicott, a esas necesidades que, como él plantea, deben encontrar imprescindiblemente su objeto específico para poder lograr la integración, la personificación y la realización.

La misma idea la hallamos en Kohut (1971) para las primeras relaciones objetales, posibilitadoras del establecimiento de un self cohesivo, vital y armónico. Para lograrlo, deberá el incipiente self encontrar objetos que lo especularicen y a quienes idealizar. También Bowlby (1969) coincide con estos conceptos cuando piensa en las conductas de apego, e igualmente Balint (1968) postulando el amor primario.

En la clínica de J. McDougall (1982) están presentes conceptos teóricos similares.

Si en los comienzos de nuestra vida, quien nos debe "sostener" y "aguantar" - el depositario de nuestra confianza - falla reiteradamente, nuestro desarrollo será deficitario. Pero, si esta continencia es lograda, permitirá que el bebé sea, que se sienta real, creativo, que logre su vivir en su propio cuerpo, que con el tiempo siga siendo el mismo. De no ser así, de fallar esos primeros objetos imprescindibles, de no establecerse un "sostén" confiado, esas necesidades se congelarán, esperando una mejor oportunidad para hallar una respuesta en la amistad, la poesía o el analista. De no ser posible un encuentro pertinente, quedará una fisura que llevará a la mente y luego al falso self a ocupar el lugar de la persona ("ser en vez de") con la finalidad de evitar el caos, dando lugar, posteriormente, en los casos más graves, incluso a la construcción defensiva de un delirio.

Para Winnicott "la enfermedad psicótica está relacionada con el fracaso ambiental en una fase precoz del desarrollo emocional del individuo... y solamente puede ser aliviada por una provisión ambiental especializada e interrelacionada con la regresión del paciente... allí será fundamental la provisión de un marco generador de confianza". (Winnicott, 1954).

Aclarando estos conceptos podemos decir que la perturbación intensa y constante en la satisfacción de las necesidades del self, siempre básicas, generan las condiciones para la enfermedad psicótica.

Frieda Fromm-Reichmann, inspirada en las ideas de Sullivan, en su primer trabajo (1939) señaló que el paciente que más tarde desarrolla una esquizofrenia ha sido severamente traumatizado en un periodo temprano, en el que el lactante vive de una manera grandiosa en un mundo narcisista propio. En ese estado, siente que sus deseos se cumplen como resultado del pensamiento mágico. Esta autora considera que la experiencia traumática temprana abrevia el período de seguridad narcisista, lo cual sensibiliza frente a las frustraciones posteriores de la vida. Como consecuencia, el paciente huye de la realidad intolerable de su vida presente mediante un intento de restablecer el mundo delirante autista del lactante.

REPRESION PRIMARIA U ORIGINAL (Urverdrängung)

Es importante profundizar en la comprensión de la represión primaria dado que para Freud su ausencia o insuficiencia, son responsables, totalmente o bien en parte, de la psicosis.

La *urverdrängung* es una pieza esencial de la teoría freudiana de la represión; la encontramos en varios de sus textos donde la sitúa en el origen de toda otra represión. Debe ser vista, según afirma Freud, como un proceso hipotético, el cual es postulado a través de sus efectos.

En su trabajo “La represión” (1915) nos dice: “El estudio psicoanalítico de las neurosis de transferencia nos lleva a concluir que la represión (*verdrängung*) no es un mecanismo de defensa originariamente dado, sino que, por el contrario, no puede surgir hasta después de haberse establecido, una precisa separación entre la actividad anímica consciente y la inconsciente. La esencia de la represión consiste exclusivamente en rechazar y mantener alejados de lo consciente a determinados elementos”.

Según Freud, una representación no puede ser reprimida si no experimenta, simultáneamente con la acción ejercida por la instancia superior, una atracción proveniente de los contenidos que ya son inconscientes.

Es preciso entonces explicar la existencia de formaciones inconscientes que no hayan sido a su vez atraídas por otras formaciones: ese es el papel de la represión primaria.

La represión primaria y la fijación, se encuentran íntimamente relacionadas. Por ejemplo, en el caso Schreber (1911), que es el primer texto donde habla de represión primaria, describe como fijación el primer tiempo de la represión. Aunque en ese estudio la fijación se concibe como una “inhibición del desarrollo”, en otros lugares el término posee un sentido menos genético y designa, no sólo la fijación a una fase libidinal sino también la fijación de la pulsión a una representación y la inscripción de esta representación en el inconsciente.

Con respecto a este tema en “La represión”, Freud expresa: “Por consiguiente, tenemos razones para admitir una represión primaria, una primera fase de la represión consistente en que el representante psíquico (representante ideativo) de la pulsión ve negada su entrada en la conciencia. Con ello se produce una fijación; el representante

correspondiente subsiste a partir de aquel momento en forma inalterable, la pulsión permanece ligada a aquél”.³

Es decir que en ese texto utiliza el término fijación, aparte de toda referencia genética, como lo hace en su teoría del inconsciente, para designar el modo de inscripción de ciertos contenidos representativos (experiencias, imagos, fantasías) que persisten en el inconsciente en forma inalterada y a los cuales permanece ligada la pulsión.

La represión primaria se encuentra en el origen de las primeras formaciones inconscientes, su mecanismo lo explica Freud por la existencia de una conrainvestidura. Con respecto a esto, en su trabajo “Lo inconsciente” (1915) dice: “Esta (la conrainvestidura) representa el gasto permanente en una represión primaria, pero al mismo tiempo garantiza su permanencia. La conrainvestidura es el único mecanismo de la represión primaria; en la represión posterior o represión propiamente dicha, se añade el retiro de la investidura preconsciente”.

En cuanto a la naturaleza de esta conrainvestidura, persiste la oscuridad. Para Freud es poco probable que proceda del superyo, el cual se forma con posterioridad a la represión primaria. Su origen debería buscarse, en experiencias arcaicas muy intensas.

Cabe preguntarnos: ¿en qué consiste el fracaso o la insuficiencia de la represión primaria? y ¿cuáles son algunos de los elementos que podrían intervenir en ese fracaso?

Nos encontramos de acuerdo con De Waelhens (1973) cuando expresa: “Hemos de evitar, en principio, un cierto riesgo de confusión. Sabida es la famosa fórmula, sumaria, desde luego, pero que no se ha de limitar uno a rechazar: el neurótico reprime lo inconsciente, el psicótico reprime lo real”.

También Laplanche y Pontalis (1971) se refieren a esta tesis en su diccionario y dicen: “Mientras que en la neurosis, el yo, obedeciendo a las exigencias de la realidad (y del superyo) reprime las reivindicaciones pulsionales, en la psicosis se produce ya desde el principio una ruptura entre el yo y la realidad que deja al yo bajo el dominio del ello”.

Sigue diciendo De Waelhens: “Está claro que no se puede tratar en ambos casos del mismo mecanismo de represión, no pudiéndose definir este último sino en función de lo que reprime y de lo que es reprimido. Por otra parte, se sabe que los términos alemanes utilizados por Freud para designarlos, son diferentes, al menos a partir de 1915 (fecha en la cual redactó su observación sobre “El hombre de los lobos”). Designa como *verdrängung* a la represión que interviene en la neurosis, mientras que con respecto al mecanismo característico de la psicosis habla de *verwerfung*, término que Lacan propone traducir al francés por *forclusión*”.

Verwerfung significa en castellano, rechazo, condenación, repudio. Y termina diciendo De Waelhens: “Por otra parte la psicosis, según Freud, reconoce como origen total o parcial el fracaso o la insuficiencia de la *urverdrängung* (represión primaria) a la cual no habría, por tanto, que confundir con ninguno de los dos mecanismos

³ La represión primordial ejerce una atracción sobre todo aquello con lo cual puede ponerse en conexión

precedentes, si bien tiene algo que ver con la forclusión, la cual sería una especie de negativo de aquella”.

Siguiendo estos conceptos, diremos que el fracaso o la insuficiencia de la represión primaria lleva a la *verwerfung* (rechazo, repudio) que Freud describe como el mecanismo característico de la psicosis, y que Lacan traduce al francés por forclusión.

Trataremos de explicarnos más claramente estos conceptos recurriendo nuevamente a Freud.

En su trabajo “Lo inconsciente” nos explica la diferencia entre las neurosis de transferencia y las psicosis. Explica que “la representación consciente integra la imagen de la cosa más la correspondiente representación verbal”; mientras que en el inconsciente tenemos sólo la representación de la cosa. Dice: “El sistema inconsciente contiene la investidura de cosa de los objetos, o sea las primeras y verdaderas investiduras de objeto. El sistema preconscious nace a consecuencia de la sobreinvestidura de la imagen de cosa por su conexión con las representaciones verbales a ellas correspondientes...”. Y más adelante “Podemos ahora expresar más precisamente que es lo que la represión niega a las representaciones rechazadas en la neurosis de transferencia. Les niega la traducción en palabras... Una representación no concretada en palabras,... permanece en estado de represión en el sistema inconsciente”.⁴

En la represión primaria la representación inconsciente aún no ha recibido investidura alguna del preconscious y por lo tanto ella no puede serle sustraída.

¿Qué pasa en la psicosis? Freud nos explica que desde un trabajo de Abraham sobre la esquizofrenia (1908) se caracteriza a la misma por su conducta con respecto a la antítesis del yo y el objeto. En la neurosis de transferencia la renuncia al objeto real trae consigo que la libido sustraída al objeto real retroceda hasta un objeto fantaseado y desde él hasta un objeto reprimido (introversión de la libido). Pero la investidura de objeto queda tenazmente conservada en estas neurosis, dicha investidura perdura en el inconsciente.

Por el contrario, en la esquizofrenia, la libido sustraída no busca un nuevo objeto sino que se retrae al yo, quedando suprimida la investidura de objeto y reconstituido un primitivo estado narcisista. Los elementos que en la neurosis de transferencia nos vemos obligados a buscar en lo inconsciente por medio del psicoanálisis, son conscientemente exteriorizados en la esquizofrenia.

Luego explica Freud las modificaciones que se producen en el lenguaje de los pacientes esquizofrénicos, y dice: “La expresión verbal es objeto de un especial cuidado, resultando pomposa y altiva. Las frases experimentan una particular desorganización de su estructura, que nos las hace ininteligibles, llevándonos a creer faltas de todo sentido las manifestaciones del enfermo. En éstas aparece con frecuencia, en primer término, una alusión a órganos somáticos o a sus inervaciones”.

Este lenguaje es denominado por Freud “lenguaje de órgano o hipocondríaco”. Freud muestra que “en la esquizofrenia quedan sometidas las palabras al mismo proceso que forman las imágenes oníricas partiendo de las ideas latentes del sueño, o sea al

⁴ La pulsión reprimida nunca cesa de aspirar a su satisfacción plena, que consistiría en la repetición de una vivencia primaria de satisfacción

proceso psíquico primario. Las palabras quedan condensadas y transfieren sus cargas unas a otras por medio del desplazamiento. Este proceso puede llegar hasta conferir a una palabra, apropiada para ello por sus múltiples relaciones, la representación de toda una serie de ideas”.

Freud nos muestra ampliamente la diferencia existente entre las formaciones sustitutivas en la histeria y la neurosis obsesiva por un lado y la esquizofrenia por el otro. Resumiendo diremos que en la psicosis es “la semejanza de la expresión verbal, y no la analogía de las cosas expresadas, lo que ha decidido la sustitución”. Es decir que en la psicosis es sustraída la investidura de la representación inconsciente de la cosa existiendo una hiperinvestidura de las representaciones verbales a ella enlazadas.

Tal como explica Freud, esta hiperinvestidura⁵ de las representaciones verbales constituye una tentativa de restablecimiento o curación. Los esfuerzos que aspiran a recobrar el objeto perdido, toman el camino hacia el objeto pasando por la representación verbal del mismo. Pero en realidad no logra la libido retornar a las representaciones de los objetos, lo único que de ellos logra aprehender, son las representaciones verbales que les corresponden. Es decir que en su esfuerzo por retornar a la representación de los objetos tiene que contentarse la libido con las palabras en lugar de las cosas.

En síntesis diremos que a nuestra primera pregunta acerca de en qué consistiría el fracaso o la insuficiencia de la represión primaria que se observa en la psicosis, contestaríamos diciendo, que ese fracaso es la falla de la inscripción en el inconsciente de la representación de la cosa, debida a la sustracción total o parcial de la investidura de dicha representación.

PUNTO DE FIJACION

Según los modelos a utilizar:

- En el narcisismo (según el modelo evolutivo freudiano)
- Oral receptivo (según el modelo de zonas erógenas)
- Posición esquizoparanoide (modelo kleiniano) Según M. Klein, los puntos de fijación de la psicosis se hallan en los primeros meses de la infancia. En la enfermedad se produce la regresión a la posición esquizoparanoide y a los comienzos de la posición depresiva.
- Etapa glischrocárica (Bleger)
- Autoerotismo (Abraham)

⁵ En el aparato psíquico, la alta energía de investidura es sinónimo de aumento de capacidad asociativa. La represión primaria a la vez que mantiene impedido el acceso a la conciencia de la agencia representante de la pulsión, conserva para ella una alta energía de investidura: esto aumenta sus posibilidades de asociarse a otras representaciones. Por eso dice Freud: “La agencia representante de pulsión se desarrolla con mayor riqueza y menores interferencias cuando la represión la sustrajo del influjo conciente. Prolifera, por así decir, en las sombras” (“La represión”, 1915). Esta capacidad asociativa aumentada, siempre y cuando la representación permanezca reprimida, actuará como “atracción de lo inconsciente”, al mismo tiempo que su alta energía de investidura actuará como presión incesante.

En lo que concuerdan la mayoría de los autores es el hecho de que los puntos de fijación de la libido en la psicosis, determinan una regresión que implica un trastorno yoico, una desorganización de las funciones del Yo consistente, básicamente, en la alteración de la función sintética y de la prueba de la realidad que captan las contradicciones inherentes al establecimiento de un juicio (por las magnitudes de la libido retraída de los objetos y concentradas en el Yo).

REGRESION

La regresión en el pensamiento y en el lenguaje está marcada por este retorno al estadio en que la representación y el objeto real aún no se diferencian entre sí.

“Puede postularse que la tendencia regresiva de un caso psicótico es parte de la comunicación del individuo enfermo, comunicación que el analista puede comprender del mismo modo que entiende como comunicación el síntoma histérico. La regresión representa la esperanza del individuo psicótico de que puedan revivirse ciertos aspectos del ambiente que originalmente fallaron, pero revivirlos de un modo tal que en lugar de fallar en su función de desarrollar y madurar la tendencia heredada, esa vez tenga éxito”. (Winnicott, 1959).

El volcarse hacia “dentro” constituye la característica más llamativa y frecuente del comienzo aparente de la enfermedad. Psicoanalíticamente, de acuerdo a la teoría de la libido, significa el retorno de las cargas de objeto, que son las que permiten el mantenimiento de la conexión con la realidad hacia el sujeto.

Este retorno hacia sí es muy profundo; debido al mismo se produce el abandono de las cargas de objetos, tanto de los externos como de sus representaciones y se producirá la recarga libidinal de las matrices originarias del Yo. En las neurosis el retorno de la libido a los objetos se detiene en este punto, en un ámbito representacional donde es clara la sustitución del objeto perdido (por ej. en una frustración) por otros con los cuales se entretiene, se entrelaza, recargando por regresión significaciones inconscientes que van a dar lugar – por la significación edípica que poseen – a la aparición de la angustia y a todo el cortejo sintomático posterior.

La característica de la regresión psicótica es que se produce a niveles profundos del psiquismo, a etapas primarias del desarrollo libidinal, lo que supone también a las formas primarias de organización de la experiencia y de articulación de los sistemas introyectivo – proyectivo cuyo precipitado constituyen las identificaciones.

La descatectización de los objetos externos da lugar a una elevación de la carga de los procesos internos, pero a diferencia de, por ej., la neurosis histérica, en donde la representación fantaseada de un mundo erótico dramático recibe la carga libidinal (introversión en sentido estricto), en la regresión psicótica también las representaciones objetales intrapsíquicas pierden su carga libidinal, la que, íntegramente (situación límite – teórica) vuelve al yo, entendido éste en el sentido de núcleo de identidad originario y no en el estructural.

Otra diferencia esencial entre la regresión psicótica y neurótica es que aquella no es sólo regresión de la libido, sino también regresión del Yo, involucrando a sus

funciones básicas (de mediatización entre realidad y necesidades instintivas). Nos hallaremos entonces ante formas arcaicas de organización tanto yoica como pulsional.

Garma (1971) subraya lo afirmado por diversos autores sobre las fantasías de regresión al vientre materno en los cuadros psicóticos y su vinculación con la homosexualidad⁶. Afirma que en la psicosis la regresión se efectúa a un estadio oral o posiblemente anterior. Enfatiza, oponiéndose a Freud, que en la psicosis, junto con la realidad externa, los que resultan rechazados son los instintos – el ello – y la correspondiente actividad del yo. A estos tres participantes, instintos, yo y realidad externa, ampliando el concepto de Bibring, los denomina unidad de placer. Vincula esta situación con los ideales de tipo religioso, en donde lo que se desprecia es el mundo, el demonio y la carne, ésta última representante del cuerpo y de los instintos del ello. El rechazo de esta unidad de placer conduce muchas veces a la despersonalización o a la hipocondría, puesto que el cuerpo se presenta como un peligro temido.

Para Bleger (1971) la esquizofrenia es una regresión a una posición esquizoparanoide patológica pero no patológica por la confusión sino por la fusión o no discriminación, no diferenciación, a la que llama sincretismo.

El proceso de restitución psicótica designa la recuperación, reconstrucción u organización que se establece a partir de la disgregación psicótica.

Para Freud consiste en la restauración de la carga libidinal a la representación mental de los objetos cuya carga fue previamente retirada.

La “reconstrucción” de las restituciones psicóticas debe ser comprendida como intento de reparación en el sentido kleiniano intentando solucionar o resolver el splitting patológico.

RELACIONES DE OBJETO PRIMARIAS DETERMINANTES

En términos generales podemos afirmar que la función paterna está ausente o muy distorsionada (por ej. por perversión del padre).

Las características predominantes de la madre del psicótico, la describen como asfixiante, simbiotizante, que vive al hijo como una extensión, un desarrollo, una completud de sí mismo (elección narcisística de objeto, el hijo como falo de la madre).

Como percepción o imagen de la exterioridad del mundo real, el padre ausente señala un vacío. Este es uno de los conflictos básicos del psicótico que vive el encierro con una madre que lo ahoga, pero la salida de eso es la nada, es el vacío.

Piera Aulagnier (1964) nos dice que desde el momento de la concepción, la madre atribuye a su hijo un “cuerpo imaginado”, distinto a lo que el hijo es en el plano

⁶ “El síntoma del retorno al vientre materno, frecuente en esquizofrénicos, tienen el significado preciso de una represión de los deseos activomascuilinos, de una identificación con la madre y de un deseo de coito pasivo con el padre, estando el sujeto dentro del claustro materno. Se vuelve, pues, a encontrar de nuevo la posición libidinal femenina, pasiva y masoquista que ya se hizo muy patente en las identificaciones, en las ideas de grandeza y en la fe en su omnipotencia de los enfermos esquizofrénicos” (Garma, 1971)

real, un embrión humano en desarrollo. Este cuerpo imaginado constituye para la madre como una protección contra el peligro de vivir el parto como un duelo, como la pérdida de parte de su propia carne o como una amenaza a la continuidad de su existencia. Sobre ese cuerpo imaginado, va a establecerse un revestimiento libidinal en el cual puede aparecer lo reprimido más arcaico. Aulagnier describe a esta madre como incapaz de realizar el “trabajo de nacimiento”, expresión que ella utiliza en el mismo sentido que Freud habla de “trabajo de duelo”.

Continúa su descripción de la madre del psicótico diciéndonos que no se trata de una mujer dominante o en términos psicoanalíticos “fálica” sino que es una mujer que es ella misma la ley. Ana Devincenzi (1976) coincide con Aulagnier y nos aclara: “La mujer fálica se arroga el derecho de entrar en rivalidad con el hombre para imponerle su propia ley, no para rechazar o discutir la legitimidad de la ley. Las madres de los psicóticos son diferentes, no conocen ni comprenden la ley como tal. En palabras de Aulagnier: “Jamás han aceptado las reglas del juego, ni tampoco las han comprendido, lo cual resulta más grave: podría decirse que el único juego que conocen es el éxito, juego sin compañero y sin apuesta, si no es al nivel de una omnipotencia autística”.

Según Devincenzi no existe de hecho, transferencia alguna del narcisismo de la madre sobre el hijo, sino un revestimiento narcisista del propio cuerpo de la madre por su potencia creadora.

Arieti (Arieti, 1967) plantea un modelo de vida que puede llevar a la transformación esquizofrénica dividido en tres etapas:

Estadio 1: El niño se encuentra en una familia que no puede ofrecerle un mínimo de seguridad y confianza básica. Las primeras relaciones personales se caracterizan por una intensa ansiedad, devastadora hostilidad o falsa individuación. Este niño, más que el niño común, tiene que interpretar el mundo, la vida y a él mismo con sus inmaduros procesos cognitivos, imágenes, símbolos y modalidades arcaicas. (Arieti, 1967).

Las imágenes displacenteras tienden a ocupar un lugar permanente en su vida interior. A los padres se los vivencia como un agrupamiento de imágenes desagradables que más tarde son transformadas por la modalidad lógica arcaica en figuras de fantasía terrorífica. A pesar de las anomalías, terror e intensos disturbios en este periodo, pocos niños que lo sufren sucumben a la psicosis infantil. La mayoría entra a procesos de segundo estadio. (Arieti, 1967)

Estadio 2: Los mecanismos inhibitorios del proceso secundario se desarrollan automáticamente y detienen el funcionamiento de los mecanismos de los procesos primarios. Las experiencias misteriosas son reprimidas.

El niño tendrá dificultad en identificarse con los adultos significativos pero de todas maneras podrá construir alguna clase de imagen superficial en su self. El introyecta pero también distorsiona y magnifica en gran parte los sentimientos y actitudes que él sentía que la familia tenía hacia él. Alberga serias dudas acerca de su personal significancia y valía (Arieti, 1967).

Hacia el último período de la niñez el cuadro psicológico se ve muy mejorado a causa de la disminución de su inmadurez, dependencia y demanda. La familia vive con

el niño en forma más adecuada. El ha aprendido que la familia no va a constituir todo su mundo, más aún aprecia la importancia del futuro y tiene esperanzas. (Arieti, 1967)

En la mayoría de los casos no hay estadios subsecuentes. El individuo puede construir defensas adecuadas y más o menos ajustables a la vida y la psicosis no ocurre. (Arieti, 1967).

Estadio 3: (prepsicótico) En algunos casos las defensas que se construyeron en el estadio 2, eran adecuadas para el pequeño mundo familiar, pero ahora que el paciente ha extendido sus contactos con el mundo exterior, son menos confiables. Estos caminos adversos comienzan alrededor de la época de la pubertad, con variantes de acuerdo a la cultura prevaleciente, el particular clima histórico de la época y acontecimientos individuales de la vida del paciente. Las fallas en el mecanismo del proceso secundario que lo han protegido de las desagradables generalizaciones y terrores arcaicos del estadio 1, aumentan su malestar. Siente que no solamente su familia sino todo el mundo es reactivo a aceptar su inadaptación. No sólo los hechos individuales sino toda clase de pequeños incidentes desagradables, escenas, recuerdos, están interconectados en una brumosa red de sentimientos. Ya no tiene esperanza en el futuro e incluso piensa que puede ser, aún peor que el presente. Sullivan (citado por Arieti) considera a este pánico el resultado de la herida a la propia estima y lo explica como una profunda falla en los mecanismos que mantienen a los recuerdos desagradables reprimidos ("Falla profunda del poder disociativo del self"). (Arieti, 1967)

El autoreproche, la disminución de la autoestima, el profundo sentido de inadecuación, constituyeron evaluaciones de los adultos significativos en los primeros años de vida. Esto que pudo ser neutralizado, reemerge ahora en este tercer estadio por los acontecimientos de la vida externa y refuerza los componentes negativos de la propia imagen. (Arieti, 1967)

El resultado es de consecuencias y proporciones horrorosas El paciente ya no podrá reprimir más. En la totalidad de su ser él se ve completamente vencido, desprovisto de su autovaloración y más allá de toda esperanza. (Arieti, 1967b)

La psiquis todavía dispone de una solución o una defensa: disolver el proceso secundario, el proceso que ha traído el desastre conceptual y la ominosa resonancia de lo arcaico. (Arieti, 1967).

Estadio 4: En este momento comienza la psicosis. El proceso secundario se disuelve de distintas maneras. Por momentos, por la reemergencia del proceso primario o, en otros momentos, por una lenta y parcial asunción de otras formas regresivas. (Arieti, 1967).

ASPECTOS DE LA PERSONALIDAD PSICOTICA

Bleger denomina parte psicótica de la personalidad a aquella parte que ha permanecido sincrética o sea indiferenciada, con falta de discriminación entre sujeto y objeto, entre Yo y no Yo, entre las distintas zonas corporales, etc.

Esta indiferenciación primitiva (que luego evoluciona hacia lo esquizoparanoide, lo cual ya implica un cierto grado de discriminación) está formada por las

identificaciones primarias que no han aún evolucionado a la discriminación y la identidad.

Cuando el pasaje desde la organización sincrética a la posición esquizoparanoide no se logra exitosamente el sincretismo con ciertos fenómenos ya pertenecientes a la posición esquizoparanoide forman un conglomerado al que Bleger ha denominado *núcleo aglutinado* y que queda fuertemente clivado del Yo (la diferencia entre *disociación* o *splitting* y *clivaje* se basa en que la *disociación* separa dos objetos parciales en la posición esquizoparanoide; el *clivaje* designa la separación entre las partes neurótica y psicótica de la personalidad).

Bleger (1971) incluye en la parte psicótica de la personalidad a la parte sincrética, que se mantiene clivada de la parte más integrada de la personalidad y también al núcleo aglutinado (si el núcleo aglutinado se halla clivado y depositado en un depositario fijo, se constituye la *simbiosis*).

Bion (1957) usa el concepto de personalidad psicótica para diferenciarla de la no psicótica y la caracteriza como formada por “diminutas escisiones de toda aquella parte de la personalidad que está referida a la concienciación de la realidad externa e interna y la expulsión de estos fragmentos de tal manera que éstos penetran o engloban a sus objetos”.

El título del trabajo de Bion se refiere a la diferenciación de las personalidades psicóticas de las no psicóticas, mientras que en las conclusiones del mismo trabajo habla, por una parte, de las neurosis severas en las cuales postula la existencia de una personalidad psicótica oculta por la neurosis, mientras que, por otra, se refiere a la personalidad neurótica oculta por la psicosis en el psicótico. Por otra parte, M. Katan⁷ ha estudiado también un tema similar pero lo que llama parte no-psicótica de la personalidad (también la llama pre-psicótica o para-psicótica) parece ser el período de disgregación de la esquizofrenia.

Del trabajo de Bion se deduce que la personalidad psicótica que él describe se superpone con las restituciones psicóticas esquizofrénicas a partir del *splitting* patológico o fragmentación; en el artículo citado, aclara que se ocupa de pacientes esquizofrénicos graves.

El objeto bizarro que describe Bion es un núcleo de esta restitución. Todas las restituciones psicóticas presentan una estructura sincrética, en el sentido de que en su estructura interna no hay discriminación.

La diferencia que establece Bleger (1971) entre personalidad psicótica (que, como se ve, constituye una restitución psicótica de toda o la mayor parte de la personalidad), entre lo que llamó parte psicótica y el capítulo de la despersonalización, se debe a que la clínica, la teoría y la terapia exigen esta distinción. Dicho autor subraya especialmente que el concepto de "parte psicótica de la personalidad" no se superpone -todo lo contrario- con el concepto de personalidad psicótica introducido por Bion, aunque ambos presenten una estructura sincrética.

⁷ The Importance of the Non-Psychotic Part of the Personality in Schizophrenia, Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 1957, 11, 1-2

CONFLICTOS BASICOS

La psicosis muestra esencialmente un déficit en la construcción de la trama simbólica.

Según Bion la parte psicótica de la personalidad se centra en torno a: la intolerancia a la frustración, el predominio de los discursos destructivos, el odio a la realidad externa e interna (odio que aquí significa desintegración y rechazo).

Las relaciones afectivas están totalmente teñidas de ambivalencia.

La regresión psicótica incluye el retiro de la libido de los representantes de cosa del inconsciente y una sobrecaxis de la representación verbal en los momentos restitutivos.

Es notoria la invasión del proceso primario sobre el secundario (irrupción de lo inconsciente en lo prec. – conc.) dado que fracasaron los mecanismos represivos y en general los mecanismos de defensa son flaqueantes.

Rosenfeld en el análisis de pacientes esquizofrénicos observa “estados confusionales” que le imposibilitan diferenciar entre pulsiones libidinales y agresivas, entre objetos buenos y malos y que se presentan cuando disminuyen los procesos disociativos.

Las personas que tienden con regularidad a desarrollar estados psicóticos, muestran una combinación característica de fijaciones narcisistas primitivas y sadomasoquistas (pregenitales) que las predisponen a peligrosos conflictos de hostilidad, ausente entre los neuróticos.

Por consiguiente, uno de los rasgos más impresionantes del conflicto psicótico intrapsíquico es la lucha entre las tendencias activa y pasiva, sádica y masoquista, destructiva y autodestructiva, y en general, entre los impulsos sexuales y los agresivos, que en ciertas etapas de la enfermedad, pueden ser utilizados como defensas unos de los otros.

El psicótico teme la inminente disolución de la estructura psíquica que implica un derrumbe total o parcial de las representaciones de objeto y del yo, y que culmina en un retiro del mundo exterior, hasta el punto de la formación de síntomas psicóticos manifiestos.

Dentro de la conflictiva psicótica vemos que las exigencias contrarias del ello y el mundo exterior actúan sobre el yo. Heinz Hartmann ha llamado la atención sobre la desneutralización de las pulsiones y, en especial, sobre la desneutralización de la agresión sobre el superyó, las defensas y la formación de contracargas. Pero dicha desneutralización de las pulsiones sexuales y agresivas, no puede explicar suficientemente la intensidad de las fuerzas destructivas que se observan en los psicóticos y él mismo menciona, los procesos de defusión pulsional, que pueden combinarse con los de desneutralización

Para Galli (1982) hay que considerar uno de los niveles de conflicto, que es el que se da entre pulsiones objetales y pulsiones narcisistas.

El narcisismo, en la normalidad, es un interjuego dialéctico permanente y dinámico, donde el pasaje de las cargas de objeto primitivamente exteriores, después recolectada por el Yo, nuevamente se dirigen hacia el exterior realizando los movimientos y actividades necesarios para que la realidad sea más acorde con los deseos.

En el narcisismo patológico, no salen nuevamente hacia afuera, las cargas quedan como hipocondría, como imagen grandiosa de sí mismo, como negación de la realidad, como todas esas cosas que configuran una estructura de Ideal del Yo sobre la que se cimienta toda negación posterior de la realidad compartida, convencional, exterior. Con lo cual queda - en las enfermedades narcisistas - una dificultad básica para discriminar lo propio de lo no - Yo, lo intracorporal de lo extracorporal, lo real de lo ilusorio, la percepción de lo alucinado. En el momento gatillo de la enfermedad psicótica todas estas posibilidades estarían funcionando simultáneamente en cuanto a desconexión de la realidad, de los objetos exteriores, vueltas sobre el propio Yo.

Ahí se construye el concepto metafórico y mudo clínicamente de la vivencia de fin de mundo, que significa que todo lo que podría marcar una diferencia entre el Yo y el exterior queda abolida en la mitad exterior, queda todo como algo centrado en el sujeto, agobiante, angustiante. Se pierde toda conexión verbal para enganchar recuerdos y rememoraciones. Los síntomas vendrían a ser intentos posteriores de restitución de los enganches desde este mundo cerrado de esta manera.

COMPLEJO DE EDIPO

J. McDougall (1982) nos habla de otra conflictiva básica en la psicosis al recordarnos la problemática edípica: "Narciso desempeña un papel más importante que el Edipo, en cuanto a la dilucidación de las perturbaciones más profundas de la psiquis humana; la supervivencia ocupa un lugar más fundamental en el inconciente que el conflicto edípico, hasta el punto que para algunos la problemática del deseo incluso puede aparecer como un lujo". Describe los "casos difíciles", con un encarnizamiento de su resistencia al análisis, al cual sin embargo se aferran con violencia, poseyendo una "coraza caracterológica que tiene como función proteger sus vidas ... donde los síntomas sirven como escudo contra la indiferenciación, la pérdida de la identidad, la implosión fragmentadora del otro. Para salvaguardar el derecho a existir, solo o con otro, sin temor de perderse, de hundirse en la depresión o disolverse en la angustia, se crea un edificio psíquico, construido por la magia infantil, megalomaniaca e impotente: medios de niño para hacer frente a una vida de adulto. Esta forma de vivir puede aparecer a los ojos de los demás como una existencia loca o incoherente, y el sujeto como inexplicablemente actuando o ausente en exceso; pero quien habita este edificio, por más que la estructura oprimente del mismo torne la existencia casi insoportable, no renunciará a él alegremente (salvo que haya decidido quitarse la vida). Pues al menos, al abrigo de este edificio, es posible *sobrevivir*".

Ana Devincenzi (1976) nos sintetiza su posición ante el complejo de Edipo en la psicosis, en los siguientes términos:

"Si consideramos el complejo de Edipo como un momento de la evolución hacia la genitalidad, y como un punto de fijación para las neurosis, sería lógico considerar las

psicosis fuera de la problemática edípica. Efectivamente la teoría más a menudo adoptada es la de que habría una relación de exclusión entre psicosis y Edipo, mientras que la organización pregenital estaría en primer plano y en lugar del Edipo ausente.

A esta concepción se puede responder no sólo con la imposibilidad teórica de concebir el psiquismo a cubierto de toda estructura edípica, aunque a veces pueda corresponder sólo a unos lineamientos o ser sólo virtual, sino fundamentalmente mediante la evidencia clínica. Tanto Melanie Klein como sus discípulos lo han testimoniado claramente en su obra. Desde la descripción de Klein de las posiciones paranoide-esquizoide y depresiva, conocemos la importancia que, en materia de psicosis, hay que atribuir a la constitución precoz del superyo y del complejo de Edipo.

Del mismo modo que en los psicóticos persiste un lenguaje, una relación con el otro, no podría mantenerse la abolición total de la referencia edípica.

La oposición entre el complejo de Edipo, reconocido no obstante como precoz y la pregenitalidad, ya que ambas posiciones de Klein son subdivisiones del estadio oral, no sólo no es de exclusión, sino que soporta la conjunción, por mediación del superyo y de la posición depresiva: la psicosis es de la vertiente pregenital; se debería a un superyo terrorífico constituido precozmente.

Considerando que en la neurosis la ley actúa en una sobrevalorización de la prohibición, podríamos imaginar que la psicosis mostraría claramente el deseo bruto que subyace a la prohibición.

Sin embargo la experiencia clínica muestra que los deseos edípicos no conducen a una realización directa, (salvo en algunos episodios psicóticos agudos donde se ha encontrado parricidio, o castración realizada, acompañada a menudo de tentativas de suicidio). Por tanto es claro que la referencia edípica no se encuentra totalmente ausente en la psicosis; se encuentra en ellas potencialmente y el delirio es como lo describió Freud, una tentativa de reconstruir la realidad perdida, apoyándose en una apariencia de organización edípica; esta facultad que persiste en el psicótico debe ligarse al mecanismo de la idealización.

Además examinando los factores desencadenantes de los episodios agudos, se encuentran situaciones en las cuales se impone la consideración de un conflicto edípico, por ejemplo el enfrentamiento a una autoridad de tipo paterno, tener que asumir una función paterna (como estudió *Niederland*⁸), a propósito de Schreber o la confrontación entre el sistema dual del sujeto y la apertura simbólica tercera de la paternidad (como estudió *Lacan*⁹).

La escuela inglesa abrió nuevas perspectivas terapéuticas, al considerar la psicosis como una potencialidad de todo ser humano. Recordemos con *Hanna Segal* (1965) que las posiciones descritas por Klein, más que estadios genéticos rígidos, son formas que pueden persistir durante toda la vida, sobrepasando otras estructuras, el desarrollo edípico clásico e incluso la edad adulta. La ventaja de esta concepción es que hace ver en la pregenitalidad las formas originales y comunes a todas las estructuras

⁸ *Niederland*, William G.: "Los casos de Sigmund Freud, I. Tomo 2 El caso Schreber. Ed. Nueva visión, Bs.As., 1972

⁹ *Lacan*, Jacques: *Escritos II*. Ed. Siglo veintiuno. 1975

mentales. Principalmente las angustias paranoides que encontramos al comienzo de la vida, le otorgan un lugar central al sistema paranoico. Tanto es así que la paranoia (psicosis delirante sistematizada) es el cuadro que describen la mayor parte de los autores para hablar en general de las psicosis.

El defecto de organización simbólica edípica se manifiesta en una indiferenciación entre el padre y la madre, lo que reduce las identificaciones del psicótico a las identificaciones primarias. Se trata de una manera general de un rechazo fundamental de la diferencia sexual. Esta indiferenciación se corresponde a lo que Klein describe como "las parejas combinadas", a la madre fálica o a la madre que contiene el pene paterno.

El coito de los padres representa una coalición contra el psicótico. La escena primaria es el aspecto dinámico y amenazante de la pareja combinada de los padres. Esta imago se activa en las fases agudas de la paranoia. También la encontramos en el objeto de proyección narcisista que es bisexual en un intento de rechazo, repudio de la diferenciación sexual (esto se ve en el dios de Schreber).

Con esta imago bisexual se niega permanentemente toda posibilidad de castración. El coito entre los padres es, según Klein una lucha permanente de agresión oral, de mutua destrucción. En realidad esto es así en las estructuras paranoicas. En las formas esquizofrénicas desorganizadas esos esquemas se reducen a un conflicto entre lo "bueno" y lo "malo", por una escisión más acá de toda diferencia sexual, de toda dialéctica del deseo. De dicha indiferenciación sexual, que depende del defecto de la organización simbólica según la ley del padre, se desprenden algunas consecuencias. La instancia homosexual está siempre implicada, debido al enfrentamiento bisexual. La relación con el objeto de proyección narcisista se hará de un modo delirante.

El sujeto masculino, por ejemplo, tendrá que asumir funciones femeninas, ser fecundado y procrear (como se ve en Schreber). La falta del principio mismo de la ley del padre, es reemplazada por genealogías delirantes. Por ejemplo en la paranoia encontramos muchas veces que los padres reales son reemplazados por personajes idealizados. Se observa también un delirio de transmisión de la generación por vía masculina a partir del padre idealizado, sosteniendo y tapando éste la imagen de la madre fálica, teniendo lugar la fecundación por vía anal (en Schreber también encontramos esta fantasía).

SITUACIONES TRAUMATICAS

Constituyentes importantes de la personalidad prepsicótica, son los elementos que surgen de un narcisismo primario escasamente transformado y por lo tanto no incorporado en una personalidad madura.

Fracaso de la función materna (ausencia de una madre con "revèrie") y padre que con su ausencia lo deja encerrado en una relación simbiótica con esa madre.

Yo frágil por el fracaso de las identificaciones secundarias en su pasaje por la crisis edípica (o por su no acceso a una sólida triangularidad).

Fragmentación o disociación de la personalidad atribuible en parte a su dificultad para comprender y reconocer la “ambivalencia” permanente que hay en sus propios afectos tanto como en los ajenos.

Necesidad de defenderse de su inserción en situaciones de doble vínculo: el niño psicótico “mamó” un modelo de comunicación esquizofrenizante – mensajes contradictorios – (por ej. amorosos en lo verbal y de odio en lo paraverbal). El individuo para defenderse de este tipo de mensajes destructores, intenta disociar el mensaje reprimiendo las representaciones de odio y manejándose concientemente sólo con las verbales, de ese modo reprime lo doloroso de lo real – quedándole así deformado ya que se queda sólo con sus representaciones verbales de la misma. Esto hace que con el tiempo por tener temor – dolor al contacto afectivo se vayan tornando distantes, rígidos, extraños, como robots o muñecos parlantes (despersonalización) y si las cargas tanáticas que reciben se tornan demasiado intensas para ser disociadas y reprimidas, terminan dividiéndose ellos mismos para subsistir al dolor y a la frustración.

MECANISMOS DE DEFENSA

Fundamentalmente, desde el punto de vista dinámico hallamos el *spleeting*, defensa que consiste en la escisión del Yo provocada por la renegación o repudio de la realidad, proceso análogo al de la represión que tiene lugar en la neurosis.

Debido al odio a los órganos de los sentidos que permiten la percepción de lo externo y de lo interno que es displacentero y angustiante, y también debido al odio a las partes de la personalidad que sirven para el contacto con la realidad, nos hallamos frente a todo lo que se proyecta y expulsa en la fantasía omnipotente de la identificación proyectiva. Cuando el sujeto logra, mediante dicho mecanismo crear la realidad fantaseada podríamos hablar de una coraza narcisista que protege al Yo psicótico del *displacer* proveniente de la realidad.

En sujetos con defensas obsesivas, la irrupción psicótica es menos frecuente (este tipo de defensas actúa conteniendo las desorganizaciones).

Freud (3) habla de la “*verwerfung*” para plantear el rechazo enérgico de la realidad: para evitar el desarrollo de un afecto penoso el psicótico cambia la imagen que tiene de la realidad, alterando su “buen juicio” acerca de ella. Cuando Freud (1924) describe las características que tiene el vínculo con la realidad en las neurosis y en las psicosis, dice que la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella; la psicosis la desmiente y procura sustituirla. Una madre que enloquece ante la muerte de su hijo y acuna un pedazo de madera como si fuera un bebé, altera su percepción de la realidad para poder continuar descargando un afecto de ternura en lugar de sentir una insoportable tristeza.

O sea, como nos describe Chiozza (1996) retomando a Freud, en la psicosis lo esencial del mecanismo defensivo consiste en alterar el juicio de realidad, de modo que el desarrollo de un afecto que hubiera sido penoso, queda sustituido por la descarga de otro, acorde con una realidad que ha sido deformada para satisfacer una fantasía optativa.

En la psicosis el remodelamiento de la realidad tiene lugar en los sedimentos psíquicos de los vínculos que hasta entonces se mantuvieron con ella, o sea en las huellas mnémicas, las representaciones y los juicios que se habían obtenido de ella hasta ese momento y por los cuales era subrogada en el interior de la vida anímica.

Lacan retomará la “verwerfung” conceptualizándolo como forclusión (represión de lo real). El retorno de la forclusión en las psicosis gira alrededor de la alucinación. En el caso del retorno de lo reprimido, aquello que retorna vuelve de “adentro” porque existe una unicidad conservada; mientras que en el caso de la proyección viene de “afuera”.

SÍNTOMAS CLINICOS

Los principales son: extrañamiento, despersonalización, megalomanía, vivencias de fin del mundo (por el retiro de la libido de los objetos).

También a las regresiones narcisísticas y autoeróticas están ligados los fenómenos de conducta exhibicionista y de autocontemplación (signo del espejo) que aparecen con frecuencia en los cuadros psicóticos.

Una condición importante de la producción delirante es la forma regresiva de pensar que aparece en la psicosis: corresponde a un pensamiento arcaico, primitivo, anterior al lógico, regido por las emociones y sustentado por el deseo, en el cual el objeto y la idea del objeto son una y la misma cosa, lo que ocurra a los objetos puede sentirse como si le ocurriese al Yo (transitivismo)¹⁰.

En ocasiones el sistema Superyo – Ideal del Yo (que también regresiona en las psicosis) puede proyectarse al exterior y convertirse en el punto de partida de los delirios de observación y de influencia que reproducen las funciones de esta instancia intrapsíquica (pero ahora provenientes desde afuera del sujeto – por ej. el delirio del aparato de influencia).

El Superyo de los psicóticos, ese Superyo arcaico regresionado a las matrices primitivas del Superyo, explica también la culpa extremadamente persecutoria que sienten los pacientes.

El delirio surge como un intento de reconexión libidinosa, constituyendo una expresión de la función sintética del yo que intenta rearmar, recompagnar, pero que dado que está operando con elementos sumamente regresivos, lo que logra construir es un delirio. Esto mismo es lo que dificulta esa restauración del vínculo con la realidad.

El movimiento reconstitutivo da lugar a que las representaciones verbales se recarguen.¹¹

¹⁰ “El transitivismo, nace de la ruptura de la proporcionalidad normal de las funciones sensoriales que facilitan el que las percepciones cutáneas lleguen a adquirir un carácter fundamental, por ejemplo la percepción aguzada del calor que emana de los demás” (Paz, 1973)

¹¹ Lo que se observa como perversión en la psicosis pueden ser intentos de ligamiento o religamiento libidinoso con los objetos (alucinaciones / delirios).

EL PENSAMIENTO ESQUIZOFRÉNICO

Arieti (1967) dice que el esquizofrénico es capaz de concebir formas abstractas de pensamiento pero que no es capaz de sostenerlas.

Características del pensamiento esquizofrénico:

1) el proceso activo de concretización consiste en la transformación de las ideas emocionalmente intensas en representaciones concretas. Los sentimientos adquieren una especificidad material o externa. Por ejemplo: “mi mujer me envenena la vida” en “mi mujer pone veneno en mi comida” (una idea se transforma en un veneno químico); o “tengo un carácter podrido” se transforma en una alucinación olfativa.

2) los pensamientos perturbadores son perceptualizados y por ende proyectados. La proyección en la medida que atribuye a fuerzas externas “algo” que se originó dentro del self, le otorga al sujeto un alivio transitorio. El displacer de sus autoacusaciones disminuye al convertirse en un acusado “injustamente” por otros.

3) el retorno a las formas arcaicas de pensamiento. Por este retorno encuentra permanentemente semejanza entre los objetos y sus representaciones. Con ellas arriba a las conclusiones que necesita o que estén de acuerdo con sus deseos o temores.

O sea, basándose en los procesos de proyección, el esquizofrénico construye un mundo “restitutivo” con el que sustituye al mundo interpersonal. La *idealidad* se encuentra en condiciones de pasar por *realidad*.

Las palabras son un símbolo de las “cosas” e implican reconocer la distancia que separa la representación del objeto real y lo nombrado.

En la esquizofrenia la palabra constituye la primera de las tentativas de restablecimiento o curación. En el lenguaje “restitutivo” el ligamen libidinal es con las palabras, todo el lenguaje aparece sobrecargado. Freud dice: estos esfuerzos aspiran a recobrar el objeto perdido y es muy probable que con este propósito tomen el camino hacia el objeto, pasando por la parte verbal del mismo.

La construcción del neologismo es posible por el mecanismo de desimbolización o sea la *ruptura* de la relación palabra - cosa. Situación que permite la sustitución, por *desplazamiento* y *condensación*. O sea, según Freud, que el esquizofrénico catectiza la palabra en lugar del objeto. La palabra es su objeto y no una metáfora que alude a otra cosa. Los desplazamientos y condensaciones que sufre la palabra, están cargados de toda la historia del sujeto.

Freud describe el pensamiento como una función de los procesos secundarios que implica el repaso de las estructuras asociativas primarias, pero con una “menor cantidad de energías y una mínima descarga motriz”.

El pensamiento se inicia en la falta de identidad entre la percepción y el recuerdo, llenando la brecha entre el deseo y la acción.

Freud señala que la más importante diferencia entre las dos clases de pensamientos, la actividad mental primaria y secundaria, es que en el pensamiento del primer tipo las contradicciones pueden persistir una al lado de la otra. Mientras que en

el segundo tipo de pensamiento, las contradicciones están eliminadas, sólo una proposición, idea o conclusión es verdadera y no, al mismo tiempo, otra que entre en conflicto con ella.

ALUCINACION

Bleger nos describe el fenómeno alucinatorio desde el punto de vista metapsicológico, recordándonos que la función del examen de realidad, una de las grandes instituciones del Yo, consiste en la orientación en el mundo por medio de la distinción de un exterior y un interior, función que Freud adscribe al sistema Cc-Prec. Este sistema dispone de una inervación motora por medio de la cual comprueba si la percepción puede ser suprimida o no.

Lo que ocurre en la psicosis y en los sueños es la cesación de la posibilidad de realizar un examen de la realidad y emitir un juicio, por cuanto el Yo interrumpe su relación con la realidad y sustrae al sistema de las percepciones Cc. su carga.. Esto sumado a la disminución de la capacidad represiva del Yo son las condiciones que posibilitan la alucinación.

El sujeto “ve” la imagen interna como resultado de la catexis regresiva de las huellas mnémicas. O sea, aquello que el sujeto desea se transforma en imagen y rechaza la percepción de aquello que odia (todo esto en concordancia con el funcionamiento del Yo narcisista).

La transición de la imagen alucinatoria al pensamiento adaptado a la realidad, depende del interjuego entre las necesidades del bebé y el alivio procurado por una figura maternal adecuada a esas necesidades. Si las imágenes anticipatorias que tiene el bebé no coinciden reiteradamente con las reacciones de la madre, no se integran las experiencias internas con las externas. Este hecho provoca una disociación entre la capacidad primaria de alucinar con otras formas de pensamiento.

Dos diferencias principales entre la psicosis y el sueño, además de la obvia que una ocurre durante el dormir y la otra ocupa vigilia y sueño, son que:

1ª.) Lo elaborado por el proceso primario en la esquizofrenia son las palabras en sí mismas.

En el sueño, la elaboración onírica no recae sobre las palabras sino sobre las presentaciones de cosas a que las mismas son previamente reducidas.

2ª.) La otra diferencia radica en las características del fenómeno alucinatorio: la alucinación onírica puede transformarse en imagen mnémica, ser recordada y utilizada para establecer un vínculo en términos verbales.

La alucinación psicótica, en cambio, pasa a ser en sí misma la actuación del sujeto, su forma de vivir.

Galli (1982) recuerda que frente a la emergencia de la inundación de estímulos que Freud llama angustia, la presencia y la actividad del “adulto con experiencia” (el

Otro que Freud llama en el Proyecto y que la escuela inglesa llama “madre con capacidad de revèrie”) que calma la necesidad, produce una satisfacción.

Cuando se da la reaparición de la necesidad, hechas estas primeras experiencias de satisfacción, aparece algo importante: la posibilidad de recordar, de representarse ilusoriamente la satisfacción recibida en otro momento. En rigor, representarse alucinatoriamente estar siendo satisfecho (gratificación alucinatoria de deseos). Freud explica así las primeras alucinaciones: por el resurgimiento de la necesidad, el incipiente aparato psíquico carga el polo sensorial por procesos energéticos de marcha regresiva y se tiene una vivencia de estar siendo satisfecho. Esta gratificación alucinatoria de deseos es la base de todo sentimiento posterior de omnipotencia y base del proceso primario.

También es la base de la concepción de Freud, el Yo de placer. Lo satisfactorio, aunque alucinado es lo que da la primera dimensión de Yo. Lo insatisfactorio, aunque sea real y de mi propio cuerpo, es vivido como ajeno y expulsado afuera (esto es la base de la concepción de la proyección).

Gradualmente el bebé va descubriendo que el adulto con experiencia aparece y que la alucinación no alcanza (no sacia el hambre). Esto para Freud va dando comienzo al criterio de realidad: la posibilidad de representarse lo real aunque sea insatisfactorio diferencia a un conflicto neurótico de uno psicótico:

- el conflicto en las neurosis es resuelto por el Yo tomando partido por el mundo exterior; para que no aparezca la amenaza de castración (del mundo exterior hacia el Yo) no realiza sus deseos (vive en la fantasía lo que no hace en la realidad, respetando el mundo externo).

- en las psicosis el Yo toma partido por el Ello. El Yo rechaza la realidad, creando una nueva en lugar de la anterior (en la neurosis no hay repudio total de la realidad exterior, se crea una realidad al lado de la otra; se pierden en el Inc. las representaciones de cosa, o en el Prec. se rompe la unión de estas representaciones de cosa con las representaciones verbales que pueden dar cuenta de ellas).

MODELOS DE VINCULOS Y COMUNICACION TIPICOS

Los psicóticos tienden a usar el mundo exterior con el objeto de impedir la disolución de las estructuras del yo, del superyó, así como la desdiferenciación y desintegración regresivas que los amenazarían con un manifiesto derrumbe psicótico. Por tal razón, pueden no sólo aferrarse al mundo exterior, sino incluso tratar de cambiarlo, de crear uno que convenga a sus necesidades especiales y de rechazar los aspectos que no les sirven, de tal modo abandonan la realidad y la reemplazan por una nueva realidad de fantasía.

En los vínculos se observa una falta de discriminación Yo – no Yo, labilidad (por la intensa ambivalencia), con elecciones de objeto sumamente narcisistas.

En el lenguaje observamos la aparición de alteraciones (por ej. neologismos como producto de condensaciones) y en el pensamiento (por alteración del proceso

simbólico). El pensamiento verbal depende de la capacidad de integración y está ligado con la posición depresiva (que es una fase de síntesis e integración para Klein).

La capacidad de simbolizar depende de:

- 1) la habilidad de aprehender objetos totales;
- 2) del abandono de la posición esquizoparanoide (con su escisión) y
- 3) de la reunión de las partes escindidas y el ingreso en la posición depresiva.

La teoría de la esquizofrenia de Bateson se basa en el análisis de las comunicaciones y la teoría de los Tipos Lógicos (Russell) que plantea la existencia de una discontinuidad entre la clase y sus miembros. Esto en la patología comunicacional se quiebra constantemente.

En la familia se estudia esta situación de “doble vínculo” en la cual la persona haga lo que haga, no puede ganar. La función del yo es discriminar modos de comunicación, ya sea dentro de la persona o entre ella y los otros. En el esquizofrénico esta función está debilitada en tres áreas:

- a) dificultad para asignar el modo comunicacional correcto a los mensajes que recibe de otros.
- b) dificultad para asignárselo a los mensajes que él emite (verbales o no).
- c) dificultad para asignárselo a sus propios pensamientos, sensaciones y percepciones.

El esquizofrénico es un producto de la interacción familiar. Para que ocurra una situación de doble vínculo son necesarios:

- 1) dos o más personas (una de ellas es la víctima)
- 2) una experiencia repetida
- 3) un mandato primario negativo (que adquiere dos formas de presentación:
a) no hagas eso o te castigaré; b) si no haces eso, te castigaré). El aprendizaje se basa en evitar el castigo – de los progenitores en general -, que puede consistir en:
 - retiro del amor
 - expresión de odio o cólera y
 - expresión de impotencia extrema.
- 4) un mandato secundario en conflicto con el primero dado, que se realiza generalmente, por medios no verbales.
- 5) un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar del campo (el escape se vuelve imposible, por ej., por promesas caprichosas de amor).
- 6) Cuando la víctima aprendió a desenvolverse en situaciones de doble vínculo, no son necesarios todos los pasos anteriores, sino que con sólo algunos se provocará el pánico o la cólera.

El sistema metacomunicativo (las comunicaciones referentes a la comunicación) en el esquizofrénico está derrumbado y no sabe qué clase de mensaje emite. Es incapaz de discriminar adecuadamente lo que el otro le quiere decir, por lo tanto frente a mensajes metacomunicativos a) adopta la suspicacia, b) se ríe o c) los ignora (oye y ve cada vez menos a su alrededor). O sea, para Bateson el esquizofrénico, al no saber qué

clase de mensaje es un mensaje, puede defenderse mediante procedimientos de tipo paranoide, hebefrénico o catatónico. (Bateson, 1976)

Es también importante la existencia de las ecuaciones simbólicas en las cuales no hay simbolización sino que las cosas para él “no representan” sino que “son” directamente lo evocado. Dicho de otra manera, la ecuación simbólica es uno de los resultados patológicos de la simbolización consistente en la imposibilidad de diferenciar el símbolo de lo simbolizado, los símbolos entre sí y lo simbolizado entre sí. Se confunden pues la palabra que designa con la cosa designada, las palabras entre sí y finalmente las cosas entre sí.

TRANSFERENCIA –CONTRATRANSFERENCIA

PSICOSIS DE TRANSFERENCIA

Dada la importancia que tiene el tema de la relación transferencial – contratransferencial en el tratamiento de la psicosis, realizaremos un recorrido por distintos autores que la han conceptualizado, a los fines de profundizar en su comprensión.¹²

Frieda Fromm-Reichmann, discípula de Sullivan, ha desarrollado su propia técnica tratando esquizofrénicos graves, durante un período de más de veinte años. En 1939 describe la existencia de la transferencia y sus características esenciales. Dice que el paciente esquizofrénico se muestra extremadamente suspicaz y desconfiado hacia el analista debido a graves experiencias traumáticas que ha tenido en la primera infancia, época en la cual su yo y su aptitud para examinar la realidad todavía no estaban desarrollados. Señala que "...a pesar de su retraimiento narcisista, todo esquizofrénico posee una noción de la irrealidad y soledad de su mundo delirante sustitutivo". (Fromm-Reichmann, 1962)

Explica que el enfermo teme muchísimo a una nueva frustración y por eso pasa semanas y meses probando al terapeuta, antes de mostrarse dispuesto a aceptarlo. Sin embargo una vez que lo ha aceptado su dependencia es mucho mayor que en el paciente neurótico. Es decir que describe la conducta narcisista como una defensa ante la necesidad de dependencia extrema. En este trabajo recomienda una serie larga de entrevistas diarias, en un clima de completa aceptación. No realiza interpretaciones, porque afirma que el esquizofrénico mismo comprende mejor el significado inconsciente de su material que ninguna otra persona. Destaca también que de lo que se trata en la terapia es de llegar a la porción regresiva de sus personalidades apelando a la porción adulta, por rudimentaria que ésta pueda ser y enseñándole a dicha parte, a unirse al psicoanalista en sus esfuerzos terapéuticos. (Fromm-Reichmann, 1939)¹³.

En trabajos posteriores, publicados en la obra citada, muestra un cambio de enfoque, fundado en el análisis de la transferencia. En ellos describe la intensa ansiedad del paciente con respecto a sus propios impulsos hostiles y la lucha entre la necesidad de dependencia y la hostilidad, que le acarrea al paciente un efecto devastador.

¹² Usaremos como guía en dicho recorrido los aportes de Ana Devincenzi (1974) en su trabajo acerca de la psicosis de transferencia.

¹³ Transference Problems in Schizophrenics, Psychoanal. Q., 8, págs. 412-426

También se ocupa de la contratransferencia intensa que despiertan estos enfermos pudiendo provocar en el terapeuta hasta incluso estados de ansiedad grave. La soledad esquizofrénica, la gran necesidad de dependencia del enfermo, las amenazas violentas, la desconfianza tanto como la vigilancia permanente a la cual es sometido el terapeuta, son factores que pueden provocar respuestas indeseables en el analista, correspondientes a la reactivación de su propia herida narcisista.

Frieda Fromm-Reichmann se ocupa también de la terapia psicoanalítica de los pacientes maníaco-depresivos. Con respecto a la transferencia en estos pacientes describe dos características sobresalientes, a las que denomina: 1º) la dependencia explotadora adhesiva y 2º) el enfoque estereotipado, respecto del terapeuta, a quien no ve como una personalidad autónoma.

En cuanto a la primera característica, explica que nos encontramos ante una dependencia altamente ambivalente. Dice: "Se exige la gratificación, pero no se la acepta ni experimenta como tal y el paciente cree que debe obtener forzosamente de la otra persona la atención, el cuidado y el afecto". En la depresión extrema parece imposible satisfacer las necesidades de dependencia del paciente. El enfermo parece estar diciendo: "Estoy muriendo de inanición y no obtendré lo que necesito". En la fase maníaca la actitud exigente es abierta, el paciente considera que está reclamando sus derechos.

En cuanto a la segunda característica explica que los pacientes ven al analista como repeticiones estereotipadas de las figuras de los padres.

Con respecto a la contratransferencia, explica que tiene importancia la personalidad del terapeuta. Describiendo las respuestas generales del analista de psicóticos, dice que la más notable es que tienden a evitar a los pacientes maníaco-depresivos. "Hemos pensado que esta preferencia (a tratar pacientes esquizoides y esquizofrénicos) se relaciona con el tipo de estructura de carácter de los terapeutas. Ellos mismos tienen habitualmente un carácter esquizoide u obsesivo... Las principales dificultades del analista residen en las frustraciones y la impotencia que implica el intento de comunicarse con el paciente atravesando sus barreras defensivas y la tensión que provoca ser constantemente el blanco de tendencias manipulativas". Estos problemas provocan en el terapeuta sentimientos de resentimiento y desánimo, que deben ser permanentemente reelaborados.

Harold Searles (1966) perteneciente al mismo grupo de Fromm-Reichmann, hizo importantes contribuciones al tratamiento de las esquizofrenias. Desde 1951 hasta 1964 publicó gran cantidad de trabajos relacionados con este tema.

Estudiando la transferencia destaca que la intensidad de las proyecciones del enfermo, lo llevan a experimentar al analista como un objeto hostil y rechazante; lo que origina grandes dificultades en el tratamiento de estos pacientes. Describe los procesos de dependencia estrechamente relacionados con el sentimiento de omnipotencia.

Explica que en el desarrollo normal el sentimiento de omnipotencia se va abandonando gradualmente, con una experiencia continuada de razonable gratificación y frustración de la necesidad de dependencia; en tal forma que el niño crece hacia una perfecta convicción de su propio poder y de las limitaciones del mismo. Así consigue

ver claramente que no es omnipotente porque se encuentra con necesidades ante las cuales es incapaz, impotente, para lograr gratificación plena e instantánea.

En el esquizofrénico la omnipotencia infantil es perpetuada, como resultado de dos razones principales: 1º) las necesidades de dependencia normal de la infancia se encuentran con sensaciones de frustración insoportablemente intensas y prolongadas. Por lo tanto las necesidades deben ser reprimidas, y así el sentimiento de omnipotencia es fortalecido, como una defensa contra la conciencia de la necesidad de dependencia; existiendo de hecho una negación de las necesidades.

Según Searles, la 2ª. causa se relaciona con la figura materna (o paterna). La madre que nunca ha abandonado su propia omnipotencia, siente que debería satisfacer todas las necesidades del hijo, se siente culpable cuando observa que no puede hacerlo; esto da al niño la sensación que la madre es omnipotente y que él como una extensión de ella también lo es. Explica que los sentimientos normales de dependencia de los pacientes quedan encubiertos por demandas grandiosas.

En la transferencia cuando el paciente empieza a reconocer sus necesidades de dependencia debe enfrentarse con su doloroso sentimiento de soledad y aislamiento. De tomar conciencia de un sentimiento tan penoso, lo protege su omnipotencia, por eso es tan difícil el abandono de ese sentimiento y sólo después de un intenso trabajo psicoanalítico aparecen en la conciencia las necesidades de dependencia. Searles señala la importancia de que la aparición de estas necesidades, sea tomada como un progreso del proceso terapéutico.

En términos generales podemos decir que estas necesidades no deben ser ni gratificadas, ni rechazadas, sino analizadas; lo que lleva a que el paciente pueda soportarlas en la conciencia cada vez con menos culpa, que será la forma en la cual el paciente trate de satisfacerlas en la vida real.

Searles muestra como el paciente proyecta la dependencia sobre el analista, exteriorizando gran ansiedad ante lo que cree que son las demandas del terapeuta sobre él. El esquizofrénico muestra competencia y desdén hacia el analista para no tomar conciencia de cuanto lo necesita. Se esmera en probar que él, es un mejor terapeuta (mejor papá o mamá) que su terapeuta. El conocimiento de esta defensa es muy útil para que el analista pueda mantener su propia autoestima, en el análisis de los esquizofrénicos.

En cuanto a la contratransferencia, Searles describe la compulsión del analista a ser útil al paciente, por proyección de sus propias necesidades de dependencia infantil. También explica que cuando el silencio del paciente despierta en el analista una curiosidad que asume un aspecto voraz, el paciente se hace más reticente y reservado.

Expresa que cuando el analista no consigue elaborar su propio sentimiento de omnipotencia y siente culpa hacia el paciente, no puede escuchar las necesidades de dependencia del mismo y lo desanima a hablar de ellas. No advierte que el desprecio es una forma de defensa del paciente, contra el reconocimiento de que el analista es de tremenda importancia para él.

Según Devincenzi (1974) la aceptación y el análisis de la necesidad de dependencia, es lo que lleva a reducir la culpa que en los pacientes esquizofrénicos se asocia permanentemente con esa necesidad. La disminución de la culpa ayuda a tomar conciencia de esas necesidades e intentar satisfacerlas, tratando de establecer vínculos en la vida real.

En opinión de Searles "la transferencia del esquizofrénico expresa una organización yoica muy primitiva, comparable a la que predomina en el lactante que vive en un mundo de objetos parciales". Explica que "la psicosis de transferencia (o en la expresión de Little, transferencia delirante) puede ser definida como un tipo de transferencia, que tergiversa o impide una relación entre paciente y analista como dos seres humanos, vivos y separados.

Describe cuatro variedades diferentes de psicosis de transferencia, que cualquier paciente esquizofrénico es capaz de mostrar, en el curso del tratamiento y en cualquier sesión:

1º) Situaciones transferenciales en las que el terapeuta no siente que hay relación alguna con el paciente.

2º) Situaciones en las que se ha establecido una clara relación entre paciente y terapeuta y por ende éste ya no se siente ajeno al paciente, pero la relación es profundamente ambivalente.

3º) La tercera categoría de psicosis transferencial incluye los casos en que la psicosis del paciente representa, en la transferencia, un esfuerzo por complementar la personalidad del terapeuta o por ayudar al progenitor-terapeuta a convertirse en una persona separada y total.

4º) La cuarta variedad de psicosis transferencial se manifiesta en una fase de la terapia en que el paciente profunda y crónicamente confuso, que en su niñez estuvo acostumbrado a que uno de sus progenitores pensara por él, ambivalentemente

a) trata de perpetuar una relación simbiótica en la que el terapeuta piensa en gran medida por él, y

b) expresa, a través de lo que el terapeuta experimenta como una anulación sádica y castradora de sus esfuerzos por ayudarlo, la decisión de ser un individuo que piensa, o funciona de alguna otra manera, por sí mismo" (Searles, 1980)

Todos los analistas de la escuela inglesa que se dedican al análisis de pacientes psicóticos, basan sus contribuciones en las investigaciones de los más tempranos niveles del desarrollo realizadas por Melanie Klein mediante el análisis de niños y adultos seriamente perturbados. Sintetizaremos sus conceptos fundamentales en esta temática.

En 1930 en su trabajo "La psicoterapia de las psicosis", escribe: "El análisis de niños pequeños entre dos años y medio y cinco años muestra claramente que para todos los niños, al principio, la realidad externa es principalmente un reflejo de la vida instintiva del propio niño. Ahora bien, la primera fase de relación humana está dominada por los impulsos sádico-orales. Estos impulsos sádicos son acentuados por experiencias de frustración y privación y el resultado de este proceso es que todos los

otros instrumentos de expresión sádica que posea el niño, a los que damos el rótulo de sadismo uretral, sadismo anal, sadismo muscular, se activan y dirigen a su vez hacia objetos. El hecho es que en esta fase en la imaginación del niño la realidad externa está poblada con objetos de los que se espera que tratarán al niño precisamente de la misma forma sádica con que el niño se siente impulsado a tratar a los objetos. Esta relación es realmente la realidad primitiva del niño muy pequeño.

En la primera realidad del niño no es exageración decir que el mundo es un pecho y un vientre lleno de objetos peligrosos, peligrosos a causa del impulso del propio niño a atacarlos. En tanto que el curso normal del desarrollo del yo es evaluar gradualmente los objetos externos a través de una escala realista de valores, para el psicótico, el mundo -y esto en la práctica significa objetos- es valorado en el nivel original; es decir, que para el psicótico el mundo es todavía un vientre poblado de objetos peligrosos. Si, por consiguiente, se me pidiera que dé en pocas palabras una generalización válida para la psicosis yo diría que las agrupaciones principales corresponden a las defensas contra las principales fases del desarrollo del sadismo".

Describió dos posiciones básicas: paranoide-esquizoide y depresiva. La primera predomina durante los tres o cuatro primeros meses de la vida, la ansiedad es persecutoria, lo cual crea defensas, entre ellas la disociación de partes buenas y malas del yo y de los objetos, los cuales a través de la identificación proyectiva, son identificados con esas partes del yo. Este es un proceso básico para la comprensión de las relaciones objetales narcisistas. El lactante dirige sus sentimientos de gratificación y amor hacia el pecho "bueno" y sus impulsos destructivos hacia el pecho "malo", por el cual se siente perseguido. El lactante se apoya sobre la posibilidad de transformar el objeto bueno en un objeto idealizado, como protección contra el objeto peligroso y perseguidor. Dice Klein: "Es así como, en una fase muy temprana, la angustia persecutoria y su corolario, la idealización, influye básicamente las relaciones objetales".

Klein afirma que si el desarrollo durante la posición paranoide-esquizoide no ha sido normal y el niño no puede, por razones internas o externas, enfrentar el impacto de las ansiedades que se originan en la posición depresiva, el yo no puede elaborarlas; ello lleva a la regresión y refuerza el temor persecutorio y los mecanismos esquizoideos previos. Otro resultado posible es el fortalecimiento de los rasgos depresivos. Es decir que en la primera infancia surgen las angustias características de las psicosis, que llevan al yo a desarrollar mecanismos de defensa específicos, encontrándose en este período el punto de fijación de todas las perturbaciones psicóticas.

Con respecto a la transferencia Klein afirma: "Sostengo que la transferencia se origina en los mismos procesos que determinan las relaciones de objeto en los primerísimos estadios. Por esto tenemos que remontar una y otra vez en el análisis hacia las fluctuaciones entre los objetos amados y odiados, internos y externos, que dominan la primera infancia". Y más adelante agrega: "... el analista puede en un momento determinado, representar a una parte de la persona, del superyo, o a una cualquiera de una amplia serie de figuras internalizadas". (Klein, 1953).

Herbert Rosenfeld es otro de los analistas de la escuela inglesa que ha contribuido de una manera extraordinaria a la comprensión de la psicopatología de las

psicosis y al tratamiento de pacientes esquizofrénicos. En sus trabajos muestra claros ejemplos clínicos de los mecanismos descritos por Klein.

En 1952, expresa que todos los pacientes esquizofrénicos estudiados por él "...mostraron muy claramente una forma determinada de relación de objeto; en efecto, tan pronto se acercan a cualquier objeto con amor u odio, parecen confundirse con ese objeto, debiéndose esto no sólo a la identificación por introyección, sino a impulsos y fantasías de entrar dentro del objeto con la totalidad o partes de su persona...". Explica luego que las fantasías de los esquizofrénicos de introducirse en el analista con partes negativas y positivas de sí mismos (self) y las defensas contra esa relación objetal son típicas de las relaciones transferenciales de todos los pacientes esquizofrénicos.

Agrega: "En mi opinión, jamás logró el esquizofrénico completar la más temprana fase del desarrollo a la cual pertenece esta relación de objeto, y en el estado esquizofrénico agudo, regresa a aquel nivel temprano. La gravedad del proceso depende de un factor cuantitativo, vale decir, de la proporción del yo y de las fuerzas instintivas involucradas en esa regresión". (Rosenfeld, 1965)

Ya en 1947 muestra en un material clínico, el uso de mecanismos esquizoides por parte de un paciente para defenderse de sentimientos penosos en la situación transferencial. Se trataba de "... una paciente cuya actitud negativa hacia todo lo concerniente al analista cedió cuando comprendimos su temor paranoide de que el analista penetrara por fuerza en ella, por lo que hubiera perdido su identidad. Mediante su actitud negativa, la paciente se defendía contra sus activos deseos de amor, porque estos estaban relacionados con impulsos y fantasías de introducirse por fuerza dentro del analista para robarlo y vaciarlo. También se defendía en esta forma del temor a perderse a "sí misma dentro de él".

En 1954, Rosenfeld hace consideraciones en cuanto al tratamiento psicoanalítico de la esquizofrenia aguda y crónica, como se realiza en la escuela inglesa. Expresa que se conservan las características esenciales del psicoanálisis, es decir que es interpretada la transferencia positiva y negativa, con especial énfasis en el análisis del mecanismo de identificación proyectiva masiva, que le dificulta al enfermo, los procesos introyectivos. Además advierte sobre la necesidad de evitar el uso de medidas educativas o de confianza. En este trabajo expresa: "Se ha establecido que las manifestaciones psicóticas se refieren a la transferencia tanto en los estados agudos como en los crónicos así que se desarrolla lo que puede llamarse una psicosis transferencial". (Rosenfeld, 1965).

Acerca de la transferencia en la psicosis, nos detendremos en el pensamiento de W. R. Bion dada la importancia de sus contribuciones en dicha área. Según Bion, el yo nunca se retira totalmente de la realidad: "Su contacto con la realidad, está encubierto, por la predominancia en la mente y la conducta del paciente, de una fantasía omnipotente encaminada a destruir, tanto la realidad como la conciencia de la misma, y así entonces, alcanzar un estado que no es ni la vida ni la muerte". (Bion, 1972)

Describe la transferencia psicótica afirmando que "las relaciones con el analista son prematuras, precipitadas y muy dependientes. La prematurez, la fragilidad y la tenacidad son patognomónicas y se derivan del miedo a la aniquilación por los instintos de muerte.

En 1953, señala que el esquizofrénico utiliza el lenguaje de tres maneras: "como un modo de acción, como un método de comunicación y como un modo de pensamiento". Aclara que a menudo, la capacidad para el pensamiento verbal está perdida o disminuida en la esquizofrenia, debido a procesos de intenso clivaje (splitting) y proyección de modo que al paciente sólo le queda una capacidad embrionaria en tal sentido. En la transferencia la capacidad para el pensamiento verbal es proyectada en el analista, lo cual lleva a que el paciente en su ansiedad persecutoria, sienta que el analista lo ha despojado del pensamiento verbal.

Bion fue el primero en describir las características de la identificación proyectiva patológica. Con respecto a este tema Hanna Segal explica que en las psicosis se produce una regresión, no a una fase del desarrollo que fue normal, sino a una fase en la cual estaban presentes perturbaciones patológicas, que crearon bloqueos del desarrollo y constituyeron puntos de fijación. (Segal, 1965)

La posición paranoide-esquizoide normal se caracteriza por la disociación entre los objetos buenos y malos, y el yo que ama y que odia. Normalmente el bebé proyecta objetos internos y partes del yo en el pecho y en la madre, estas casi no se alteran durante el proceso de proyección y vuelven al yo por medio de la identificación introyectiva. Estas partes proyectadas siguen ciertas líneas de demarcación fisiológicas y psicológicas.

Bion describe el proceso de identificación proyectiva patológica. Cuando las experiencias malas predominan sobre las buenas, cuando la ansiedad y los impulsos hostiles y envidiosos son muy intensos, por razones internas o externas (falta de capacidad de revèrie de la madre, por ejemplo) y por lo general por una combinación de ambas, todos estos procesos se perturban y se producen múltiples cambios patológicos. La parte proyectada es hecha pedazos (fragmentos diminutos), que proyectados en el objeto lo desintegran en partes diminutas.

Esta identificación proyectiva tan violenta tiene una doble finalidad. En el desarrollo patológico la realidad se experimenta como persecución y se odia violentamente toda experiencia de la realidad. La fragmentación del yo ataca al aparato perceptual y al objeto odiado responsable de la percepción. Esta identificación proyectiva se puede dirigir tanto al objeto ideal como al persecutorio, ya que debido a la intensa envidia la percepción del objeto ideal es también sumamente dolorosa.

Debido a la fragmentación no hay una disociación eficaz, entre un objeto ideal y un objeto malo. Se percibe al objeto escindido en diminutos pedazos, conteniendo cada uno, una parte diminuta y violentamente hostil del yo. Bion llamó a estos pedazos "objetos extraños". Es decir que el yo ante una realidad externa muy persecutoria se fragmenta y proyecta en el objeto los diminutos fragmentos, desintegrándolo a su vez. Pero este intento del yo de librarse del dolor que le produce la percepción, sólo consigue aumentar las percepciones dolorosas; debidas ahora tanto al carácter persecutorio de los "objetos extraños", como a la dolorosa mutilación del aparato perceptual.

El ataque a la realidad mediante la identificación proyectiva se conecta con otro proceso característico de la posición paranoide-esquizoide, descrito por Bion: los ataques al vínculo. El bebé ataca cualquier función u órganos que vinculan. Así se

rompen vínculos entre el yo y el objeto interno y externo; o entre partes del yo, por ejemplo, el vínculo entre las funciones de sentir y pensar.

En 1955, hace una contribución más detallada a la comprensión de la transferencia. Destaca el predominio de los impulsos destructivos en la esquizofrenia, tan intensos que los impulsos de amor se convierten en sadismo.

Cuando el paciente intensifica la transferencia psicótica con el analista, por la presión de sus instintos de vida y muerte, dos fuerzas concurrentes de fenómenos se manifiestan:

1ª. la identificación proyectiva, con el analista como objeto, se transforma en hiperactiva; resultando estados dolorosos y confusos tales como Rosenfeld los ha descrito.

2ª. las actividades mentales y otras mediante las cuales el impulso dominante (sea instintos de vida o instintos de muerte) lucha para expresarse; están sometidas enseguida a una mutilación por el impulso dominado momentáneamente.

Encontrándose el paciente impulsado por el deseo de escapar de los estados confusionales y atormentado por las mutilaciones, se esfuerza en restaurar las restringidas relaciones; la transferencia se vuelve otra vez informe, como es característica de ella... La restricción y la expansión se suceden alternativamente durante todo el análisis".

Francoise Dolto, psicoanalista miembro de la escuela freudiana de París, en su hermoso trabajo "El caso Dominique", describe la transferencia en el psicoanálisis de psicóticos. Caracteriza el encuentro con el paciente psicótico, como un encuentro "interhumano arcaico", en el cual falta el lenguaje totalmente o en parte. Dice que: "...sus expresiones, que parecen inmotivadas, están siempre motivadas, pero por sus fantasías, por una vida imaginaria que absorbe todas sus energías y no les permite aprehender la realidad que los rodea". Expresa que su mutismo, su inmovilidad, sus delirios, son para ellos un lenguaje, es decir una expresión simbólica de sus tensiones internas. Este modo de expresión difícil de comprender, se ha convertido en un medio de aislamiento protector.

Más adelante expresa: "La transferencia se esboza sobre un fondo de narcisismo, en que deseo y pulsiones de muerte se enfrentan dramáticamente".

Explica que el psicoanalista debe recibir todo lo que expresa el psicótico, "...en una receptividad tan total como sea posible, al mismo tiempo que debe tratar de asumir el deseo de muerte, de descifrar las fantasías de angustia remanente en que se expresa, de encuentros peligrosos ya experimentados y que su propia presencia, la del psicoanalista despierta. Angustia que el psicótico trata de rehuir o superar, sin haberlo logrado totalmente. Angustia a la que a menudo se aferra, porque se ha convertido para él en la única erotización que sostiene su narcisismo liminar". (Dolto, 1973)

En nuestro país varios psicoanalistas han hecho interesantes contribuciones al estudio de las psicosis, relacionadas con la comprensión de su psicopatología y con el tratamiento. Entre nosotros Enrique Pichón Rivière es el pionero del tratamiento de los pacientes psicóticos. Con respecto a la transferencia, ha escrito un trabajo en el cual desarrolla las contribuciones de Fromm-Reichmann y de Melanie Klein. Dice que "La

situación transferencial se vuelve comprensible como la expresión de una fantasía inconsciente con una génesis, una estructura, un contenido y una función particulares, tal como es concebida por Melanie Klein, S. Isaacs, Joan Riviere y Paula Heimann".

Pichón Rivière afirma que la técnica que utiliza es la misma que para el tratamiento de los neuróticos, con la interpretación de la transferencia positiva y negativa. Agrega que: "Decir claramente al enfermo, el cual aparentemente no está en estado de comprender, la necesidad y razones del tratamiento, es el punto de apoyo de una serie de interpretaciones con el fin de alcanzar un 'insight' progresivo. Todo otro tipo de acercamiento vicia desde el comienzo la relación transferencial". (Pichón Rivière, 1961)

Según Devincenzi (1974) en los pacientes psicóticos encontramos una neurosis de transferencia oscurecida por la parte psicótica de la personalidad que es predominante, en donde el retiro de la realidad se debe a un despliegue del mecanismo de identificación proyectiva en contra del aparato mental.

Según dicha autora, si se observa la transferencia desde el lado del paciente, lo encontramos confundido con el analista (metido en él) y desde el otro lado vemos al analista "invadido" por un objeto ideal (representante del Ello) que le envía fuertes estímulos que exigen ser desexualizados, para poder ser transformados en símbolos. Es decir que a través de las interpretaciones, el paciente se va diferenciando, o dicho de otro modo, el terapeuta lo recrea afuera.

La característica que Devincenzi atribuye a la transferencia psicótica es un mecanismo absolutamente semejante al proceso de la implantación del embrión, dado que la prematuridad, la fragilidad y la tenacidad descritas por Bion, para ella se corresponde con la necesidad del embrión (prematura y tenaz) de implantarse en el endometrio, y la fragilidad caracterizaría lo vulnerable que es el embrión ante cualquier noxa.

En esta modalidad de amor embrionario encontramos fuertes impulsos destructivos hacia una parte del objeto, para lograr una intensa unión con el mismo. Este fundirse con el analista recrea la relación entre el embrión y el endometrio. El embrión penetra en los tejidos de la madre produciendo degeneración de las células endometriales y llega así hasta los capilares sanguíneos que son horadados por el trofoblasto invasor. El trofoblasto destruye las células del endometrio y este proceso de implantación es imprescindible para introyectar, incorporar, sorber sangre para poder vivir. El embrión debe proyectar el instinto de muerte en el objeto externo, endometrio, e introyectar así la sangre materna (nutrición). Es decir que el instinto de muerte está en el embrión funcionando al servicio de Eros.

La imposibilidad del embrión de descargar hacia afuera el instinto de muerte, impediría la implantación y se produciría el aborto. Para Devincenzi por tanto, en la transferencia psicótica se recrea la situación embrionaria. En estos niveles la falta de hostilidad en la transferencia, lleva frecuentemente al fracaso del tratamiento. El paciente psicótico que no logra implantarse, descargando el instinto de muerte afuera, repite la situación de aborto con la cual se halla identificado.

Por estas circunstancias, propone la denominación de "transferencia embrionaria" para una transferencia con las características descritas. La transferencia embrionaria sería el modelo básico sobre el cual se estructura toda transferencia. Se la encontraría no sólo en el tratamiento de pacientes psicóticos, sino también en el de neuróticos, dándose la misma, con mayor intensidad, cuanto mayor sea la fijación en niveles embrionarios del desarrollo (es decir cuanto mayor sea la importancia de los núcleos psicóticos).

Devincenzi considera que la comprensión de la transferencia psicótica con este modelo embrionario y las interpretaciones en este sentido de la identificación proyectiva reiterada, da por resultado una situación en la cual el paciente es "recreado afuera". De este modo, el pasaje de una identificación proyectiva masiva, con mutismo, a la representación verbal, es vivido como un nacimiento, porque se produce una separación entre el paciente y el analista. La aparición de la posibilidad de expresión verbal, que al mismo tiempo funciona como un vínculo, pone en evidencia el comienzo de la separación entre el yo y el objeto.

En resumen, como tratamos de mostrar, consideramos indudable la existencia de transferencia en el tratamiento psicoanalítico de pacientes psicóticos; se trata como vimos de una transferencia con características especiales donde la psicosis de transferencia es predominante y que por lo menos, hasta un período avanzado del tratamiento, encubre la neurosis de transferencia, correspondiente a la parte neurótica de la personalidad.

Pensamos que sólo profundizando en la psicosis transferencial y en las resistencias y contrarresistencias despertadas en el terapeuta, podrá salir a la luz, la posibilidad de amar del paciente, tempranamente oscurecida y enterrada por su historia de fracasos en el logro de sólidos vínculos primarios.

PSICOTERAPIA

Nemirovsky (1999) sostiene que sólo en un nuevo vínculo -reparador de aquel temprano con los objetos más significativos -podrán resolverse ciertos desarrollos sintomáticos que se generaron debido a una intensa y prolongada relación patológica en los inicios de la vida.

Guiado por la concepción winnicottiana, entiende que el desarrollo de un tratamiento que haga factible la recuperación de un cuadro grave resultará de un encuentro con un objeto que permita un vínculo adecuado y específico que posibilite la puesta en escena de necesidades tempranas insatisfechas que permanecieron congeladas a la espera de estos encuentros que facilitarán su despliegue.

Estas necesidades tempranas que son diferenciadas claramente por Winnicott (1960b) del accionar instintivo ("debe subrayarse que al referirme a la satisfacción de las necesidades del infante no hablo de la satisfacción de instintos") son agrupadas en su obra en tres categorías: sostén (holding), manipuleo (handling) y presentación del objeto (object-presenting) y requieren acciones específicas del medio - el medio más temprano es la "madre suficientemente buena"- para que en el transcurso del desarrollo hacia la independencia el sujeto humano se integre, se personalice y acceda a la realidad.

Es a partir de su vasta y heterogénea experiencia clínica con pacientes gravemente perturbados que plantea que si por diversas situaciones el desarrollo transcurrió sin aquellas respuestas que hubiesen sido posibles por parte de un objeto adecuado, crucial, específico, las necesidades permanecerán congeladas a la espera de un contexto receptivo, no "reactivo".

¿Y respecto a la responsabilidad del analista de las reacciones del analizando? ¿Cuándo y cómo posibilitamos el desarrollo - como un ambiente adecuado- o, por oposición, cuándo y cómo provocamos reacciones? Galli (1982) se plantea una pregunta muy interesante: ¿Por qué con los psicóticos los terapeutas más jóvenes tienen mayor efectividad terapéutica que los más "hechos"? y ensaya una respuesta basada en que los jóvenes aceptan más fácilmente el cuestionamiento del propio rol y del propio conocimiento. Podemos seguir pensando en esta línea, ya que seguramente los jóvenes estarán menos aferrados a teorías que, al decir de Guntrip (1971), "son buenos servidores pero malos amos", y que sólo permiten observar la experiencia clínica por un estrecho desfiladero. También los jóvenes dedican más tiempo a su paciente y, si su salud psíquica lo permite, estarán más cerca del sentido común que de la teoría.

Del completo itinerario que con respecto al tratamiento de la psicosis, realiza Herbert A. Rosenfeld (1970), extraemos el pensamiento de los siguientes autores:

“Freud (1916) en las Conferencias de introducción al psicoanálisis se mostraba escéptico con respecto a la posibilidad de análisis de los pacientes psicóticos por considerar que carecían de capacidad de transferencia: “rechazan al médico, no con hostilidad sino con indiferencia. Por tal razón, éste tampoco puede influir sobre ellos; lo que dice los deja fríos, no les causa impresión alguna; en consecuencia, el mecanismo de curación que aplicamos con otras personas no puede utilizarse con ellos”.

Explica luego esa falta de transferencia diciendo que los pacientes han abandonado sus cargas objetales y la libido objetal se ha transformado en libido yoica.

En el Compendio (1940) vuelve a referirse al tratamiento de las psicosis en relación con su mayor comprensión de la psicología del Yo. Explicó que el psicoanalista debe encontrar en el Yo un aliado útil, por lo cual es necesario que el Yo haya conservado “cierto” grado de coherencia y algún fragmento de comprensión con respecto a las exigencias de la realidad. Formula luego el criterio de que en todos los psicóticos hay una disociación del Yo: “se han formado dos actitudes psíquicas en lugar de una sola: la normal, que tiene en cuenta la realidad, y otra que, bajo la influencia de las pulsiones, aleja al Yo de la realidad. Las dos existen en forma paralela. El resultado depende de la fuerza relativa. Si la segunda es o se vuelve más fuerte, existe entonces la precondition necesaria para una psicosis. Si la relación se invierte, hay una curación aparente del trastorno delirante”.

Waelder (1925)¹⁴ es uno de los primeros psicoanalistas que hablan de transferencia narcisista. Aparentemente, esta transferencia no se utiliza como base para las interpretaciones transferenciales, sino como vehículo para la influencia directiva que el analista puede ejercer sobre el paciente. Este autor creía que el psicoanalista debe aceptar los requerimientos narcisistas del paciente, o sea que su rol debe ser “el de una

¹⁴ En The psychoses: their Mechanisms and Accessibility to Influence, Int.J.Psycho-Anal.

madre tierna y dadivosa”. Mediante esta técnica de simpatía emocional, Waelder entiende que se le da al Yo la oportunidad de reanudar su crecimiento interrumpido. Aconseja que el analista modifique su conducta y se adecue a las exigencias del paciente narcisista con respecto a amor, apoyo y satisfacción, para así crear y mantener la transferencia narcisista.

Además Waelder argumentaba que si fuera posible utilizar la libido que vuelve al Yo al comienzo de la psicosis, de forma tal que la pulsión se combinara con la sublimación de una manera compatible con la realidad, y que si esa unión estuviera relacionada con procesos libidinales objetales accesibles a los métodos analíticos, sería posible confiar en la curación de la psicosis ya desencadenada. La tarea terapéutica en tales casos consiste en “sublimar el narcisismo”.

Federn en su artículo *Psychoanalysis of Psychoses* (1943),¹⁵ al comparar el tratamiento del psicótico y del neurótico, afirmó que en la psicosis las resistencias normales se han derrumbado y el análisis debe restablecerlas para lo cual aconsejó abandonar la técnica psicoanalítica habitual: “primero, abandonar la asociación libre; segundo, abandonar el análisis de la transferencia positiva; tercero, abandonar la provocación de la neurosis transferencial, porque no tarda en convertirse en una psicosis transferencial con el analista como perseguidor; abandonar el análisis de las resistencias que mantienen la represión. Las fobias no se ven afectadas porque protegen contra temores y conflictos más profundos... No se debe aumentar la regresión psicótica en la labor analítica”. Destacó que la condición más importante que es necesario tener en cuenta en todo tratamiento psicoanalítico de una psicosis es el establecimiento de una transferencia positiva, que el análisis nunca debe disolver, y la interrupción del tratamiento cuando la transferencia se vuelve negativa.

Al examinar la ambivalencia del psicótico y la forma en que se manifiesta la transferencia, Federn señaló que el analista debe comprender que la ambivalencia es reemplazada en la psicosis por dos o más estados yoicos. Esos estados yoicos disociados alternan en cuanto a su fuerza y, al mismo tiempo, hay una alternancia de la transferencia positiva y la negativa con el analista.

Federn aconsejó que el terapeuta avance con lentitud en la psicosis, e incluso trate de impedir la entrega espontánea de complejos mentales todavía inconscientes porque conviene evitar cualquier aumento de la desorganización psicótica hasta que sea posible restablecer al Yo dentro de sus límites normales. En su tratamiento de la psicosis él recurría a esa parte del paciente que sigue estando en contacto con la realidad y con los objetos externos, esto es, los restos del Yo normal.

Un factor importante en la técnica de Federn lo constituye la educación consciente del paciente en relación con los cambios en sus límites yoicos. Por ejemplo, le muestra al paciente que, debido a que ciertos límites yoicos han perdido la carga de los ideales, los pensamientos y los recuerdos se experimentan como reales y dejan de ser un mero pensar. Sostiene que el paciente puede aprender a distinguir esos límites yoicos con carga normal de los que han perdido la carga. A diferencia de Freud, creía que la pérdida de la realidad es una consecuencia y no la causa de la deficiencia psicótica básica.

¹⁵ En *Ego Psychology and the Psychoses*, Nueva York, Basic Books, 1952.

Searles (1955) en *Dependency Processes in the Psychotherapy of Schizophrenia*¹⁶ opina que la transferencia del esquizofrénico expresa una organización yoica muy primitiva, comparable a la que predomina en el lactante que vive en un mundo de objetivos parciales. Describió tres tareas que el terapeuta debe realizar. Primero, el terapeuta debe estar en condiciones de funcionar como una parte del paciente. Segundo, debe poder promover la individuación del paciente a partir de ese nivel de relación, el nivel que ha sido descrito por los analistas kleinianos como una fase transferencial dominada por la identificación proyectiva por parte del paciente. La tercera tarea del terapeuta consiste en discernir y hacer interpretaciones acerca del objeto total, ahora diferenciado e integrado, del paciente. Esto transforma gradualmente la psicosis transferencial en una neurosis transferencial.

Searles destacó la importancia de una fase de simbiosis terapéutica durante la cual considera contraindicadas las interpretaciones transferenciales verbales.

En esta fase, el paciente utiliza al analista como su propio Yo; no cuenta con un funcionamiento yoico suficiente como para comprender las interpretaciones, y proyecta en el analista una variedad de roles transferenciales de objeto parcial que el terapeuta debe estar en condiciones de tolerar e incluso de disfrutar. Por medio de la identificación con el terapeuta que puede tolerar sus relaciones objetales primitivas, el paciente termina por desarrollar fortaleza yoica.

Searles examinó con detalle la transferencia esquizofrénica y reconoció la importancia de la proyección y la identificación proyectiva en la transferencia.

De su trabajo “Fases en la interacción paciente – terapeuta en la psicoterapia de la esquizofrenia crónica” (1961)¹⁷, traemos sus reflexiones acerca del lugar preponderante que ocupan las emociones tanto del terapeuta como del paciente en la psicoterapia de esquizofrénicos: “no quiero dejar la impresión que el terapeuta tenga que luchar por permanecer continuamente sumergido en una especie de baño de sangre emocional. Por el contrario, la evolución de esa emocionalmente cargada transferencia, sólo puede nacer, desarrollarse y mantener un curso relativamente libre de impedimentos, cuando el terapeuta está lo suficientemente seguro de sus capacidades de sentir, de modo que su orientación básica emocional puede ser investigadora en vez de, por ejemplo, una orientación compulsivamente “amante”. Más aún, cada uno de estos pacientes, y en grado menor pienso que los neuróticos también, necesitan proyectar en el curso de la terapia sobre el terapeuta sus aspectos subjetivamente inhumanos, inanimados, incapaces de sentimientos, tal como él se ha visto a sí mismo. Sólo a través de esta re-externalización de sus introyectos patógenos puede el paciente establecer contacto con su propia capacidad de sentir, y así llegar a saber, fuera de toda duda, que él es un ser humano.

Este aspecto de la transferencia, de esa reconstrucción de los estadios más primitivos de la diferenciación del Yo, no puede ser llevado a cabo a menos que el terapeuta sea capaz de aceptarse a sí mismo mientras pasa hora tras hora sin experimentar ningún sentimiento en particular por el paciente. El tiene que estar lo suficientemente seguro de su condición humana como para poder soportar largos

¹⁶ En *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*, Londres, Hogarth Press, 1965.

¹⁷ *Brit. Journal, Med. Psychol.*, Great Britain

períodos en que su rol, en la transferencia del paciente, será el de un objeto inanimado o alguna otra percepción todavía no diferenciada al grado de un ser humano que siente.

En el curso del tratamiento del paciente esquizofrénico, el terapeuta experimenta culpa por ciertas clases de sentimientos en sí mismo, que aparecen en forma recurrente, basados en un reavivamiento de su omnipotencia infantil. Esa regresión en el terapeuta al nivel de omnipotencia infantil, es su mayor defensa inconsciente contra la realización y aceptación profunda que no es sólo el paciente quien está metido en el proceso terapéutico, sino que también lo está él mismo, en ese proceso comparable en fuerza al proceso de maduración del niño.

Cuanto más experiencia y confianza tenga el terapeuta en este trabajo, tanto más profundamente siente que este proceso es demasiado poderoso como para que él o el paciente puedan modificarlo fácilmente, por más conciencia y voluntad que se ponga. Cuando el terapeuta puede ver esto, se da cuenta de lo ilusoria que ha sido su omnipotencia infantil subjetiva a la vez que siente la sin razón de su culpa subjetiva.

Stone (1954) en *The Widening Scope of Indications for Psychoanalysis*,¹⁸ relata su experiencia terapéutica y describe una “psicosis transferencial”. Al referirse a la actitud del analista, sugirió que el factor decisivo es la capacidad para tolerar durante largos períodos y sin renunciar a la esperanza, la tensión que implica la transferencia intensa, atormentada y atormentadora y la situación contratransferencial potencial.

Jacobson (1967) en *Psychotic Conflict and Reality*¹⁹, explicó su tratamiento a psicóticos como de tipo ambulatorio a fin de evitar una regresión psicótica severa. Creía que la observación de Freud en el sentido de que los psicóticos renuncian a la realidad y la reemplazan por una realidad fantaseada creada por ellos, sólo es válida cuando la realidad no se presta a los fines del paciente ni lo ayuda en sus soluciones del conflicto. Señaló que si los pacientes psicóticos, mediante un proceso de identificación proyectiva, pueden proyectar una parte mala inaceptable del Yo en objetos externos adecuados, logran mantenerse cuerdos en tanto puedan controlar dichos objetos. Jacobson tiene en cuenta la naturaleza narcisista regresiva de las relaciones del paciente con esos objetos significativos y también la debilidad de los límites entre la representación psíquica de dichos objetos y el propio Self. El método de esta autora tiene mucho en común con los tempranos intentos de Waelder por tratar la neurosis narcisista produciendo una sublimación del narcisismo al vincularlo con libido objetal.

Winnicott alrededor de 1959 en *Classification: Is there a Psycho-analytic Contribution to Psychiatric Classification?*, en *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*²⁰, destacó la importancia del medio en la etiología de la psicosis: “Las fallas del medio facilitador traen como resultado deficiencias en el desarrollo de la personalidad del individuo y en el establecimiento de su Self y el resultado es lo que se llama esquizofrenia”.

Puesto que consideraba a la psicosis como una enfermedad deficitaria, creía que la regresión al estado de los comienzos de la vida, que llamaba dependencia, debía verse como un aspecto de la capacidad del individuo para autocurarse. En análisis “la

¹⁸ J. Am. psychoanal. Ass., 2, págs. 567-594

¹⁹ Londres, Hogarth Press

²⁰ en *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*, Londres, Hogarth Press, 1965

regresión constituye una indicación del paciente al analista en cuanto al modo en que éste debe comportarse y no a la forma en que debería interpretar”. A través de su conducta, el analista debe compensar la falla del ambiente temprano. Al examinar la actitud del analista con respecto al paciente durante una psicosis transferencial, Winnicott señaló que resulta peligroso que el analista le interprete al paciente en lugar de esperar que éste descubra las cosas por sí mismo. Considera que, cuando se experimenta al analista, a través de la interpretación, como un no Yo (un objeto separado), se vuelve peligroso porque sabe demasiado. (Winnicott, 1959-64)

Un importante aporte de Segal (1950)²¹ fue el describir como en el tratamiento del paciente psicótico, el hecho de proporcionar compasión y reaseguramiento, hace que el analista se convierta por primera vez en el objeto bueno pero sólo al precio de promover la disociación entre los objetos buenos y malos y de reforzar las defensas patológicas del paciente, de modo que la transferencia negativa se vuelve más tarde inmanejable. También destacó algunas de las dificultades técnicas en el análisis de pacientes esquizofrénicos agudos, debidas a su trastorno del pensamiento concreto, proceso que atribuyó a dificultades en el uso de símbolos por parte del paciente. Como consecuencia, el paciente a menudo entiende erróneamente las interpretaciones, pues las experimenta como amenazas de acciones concretas por parte del analista.

En 1954 Rosenfeld²² destacó que en el estado esquizofrénico agudo, el paciente tiende a colocar su Self de manera tan completa en los objetos y en el analista durante el análisis, que queda muy poco del Self fuera del objeto. Ello interfiere casi todas las funciones yoicas, incluyendo la emisión y comprensión de palabras. También inhibe la capacidad para experimentar relaciones con objetos externos.

En su trabajo Rosenfeld desarrolló el concepto de psicosis transferencial introducido por Federn. Sin embargo, Federn abrigaba la convicción de la psicosis transferencial debía evitarse porque no era analizable, mientras que Rosenfeld destaca la importancia de reconocer la transferencia psicótica y elaborarla por medio de la interpretación.

Bion (1970)²³ hizo importantes contribuciones a la psicopatología y el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos a partir de 1950. Destacó que no se apartaba del procedimiento psicoanalítico habitualmente empleado en el tratamiento de la neurosis y que prestaba especial consideración tanto a los aspectos positivos como negativos de la transferencia.

Investigó la comunicación verbal del esquizofrénico y también su reacción contratransferencial. Señaló que el paciente utiliza el lenguaje de 3 maneras: como un modo de acción, como un método de comunicación y como un modo de pensamiento. Destacó la preponderancia de los impulsos destructivos en la esquizofrenia, tan intensos que incluso los impulsos de amor quedan sepultados por ellos y se convierten en sadismo. Señaló también que hay un odio a la realidad, como había señalado Freud, pero Bion agrega a ello la importancia del odio del esquizofrénico a la realidad interna y

²¹ En Some Aspects of the Analysis of a Schizophrenic, Int.J.Psychoanal.,31, págs. 268-278

²² En Considerations Regarding the Psycho-analytic Approach to Acute and Chronic Schizophrenia, Psychotic States, Londres, Hogarth Press. 1965

²³ Volviendo a pensar, Hormé, Buenos Aires.

a todo lo que lo lleva a tomar consciencia de ella. De estas dos dificultades básicas deriva un temor constante a la aniquilación inminente.

Bion realizó también importantes contribuciones a la terapia de la esquizofrenia, al diferenciar la parte psicótica de la no psicótica en las personalidades esquizofrénicas. Destacó en particular el papel de la identificación proyectiva en la parte psicótica de la personalidad como sustituto de la represión en la parte neurótica de la personalidad. “Es necesario elaborar los ataques destructivos del paciente contra su Yo y el reemplazo de la represión y la introyección por la identificación proyectiva”. (Rosenfeld, 1970)

Cuadros de síntesis sobre psicosis

Relaciones objetales primarias determinantes

- * Madre asfixiante, simbiotizante (hijo como su falo). Ausencia de revèrie
- * Función paterna ausente o distorsionada (por psicosis o perversión del padre)

Relaciones afectivas: teñidas de ambivalencia

Modelo comunicacional

- * Dobles mensajes, doble vínculo.
- * Yo frágil por el fracaso en las identificaciones secundarias (queda a expensas de las primarias) por el no pasaje por la realidad, sobre todo en la triangulación edípica.
- * Déficit en la construcción de la trama simbólica.

Personalidad psicótica

- * Intolerancia a la frustración
- * Predominio de los discursos destructivos
- * Odio a la realidad externa e interna (odio significa desintegración y rechazo)

Regresión psicótica

- * de la libido
- * del Yo (surgen formas más arcaicas)

Mecanismos de defensa

* *Spleeting* (escisión) Restitución: fenómenos de religamiento libidinoso con los objetos (alucinaciones, delirios)

* *Identificación proyectiva masiva*: es la forma de proyectar, expulsar por el odio a las partes de la personalidad que sirven para el contacto con la realidad.

* *Forclusión o represión de lo real*

* *Coraza narcisista*

Por el retiro de la libido de los objetos

- . extrañamiento (signo del espejo)
- . despersonalización
- . megalomanía
- . vivencias de fin del mundo

Por proyección del superyó - ideal del Yo: delirios de observación e influencia

Superyó arcaico: culpa persecutoria

- Vínculos
- no discriminación Yo - no Yo
 - labilidad por la intensa ambivalencia
 - elecciones de objeto narcisistas

Ingredientes del doble vínculo:

- o más personas (una es la víctima)
- una experiencia repetida
- un mandato primario negativo (el aprendizaje se basa en evitar el castigo)
- un mandato secundario en conflicto con el dado primero y que se realiza generalmente por medios no verbales
 - un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar del campo
 - cuando la víctima aprendió a desenvolverse en situaciones de doble vínculo no son necesarios todos los pasos anteriores sino que sólo con alguno se provocará el pánico o la cólera

Ecuaciones simbólicas: no hay simbolización, las cosas para él “no representan”, sino que “son” directamente lo evocado. Es uno de los resultados patológicos de la imposibilidad de diferenciar el símbolo de lo simbolizado. Se confunden de este modo, la palabra que designa la cosa con la cosa en sí.

Es importante destacar además:

- la recreación del estado narcisista del Yo
- el retorno al autoerotismo y la simbiosis primaria,
- el carácter de satisfacción de impulsos y fantasías sexuales que poseen los síntomas esquizofrénicos.

NEUROSIS

1894: histeria--- conversión
n. obsesiva--- dislocamiento

1896

1900 **Proceso secundario:**

identidad de pensamiento

- ✚ identidad
- ✚ 3º excluido
- ✚ no contradicción

PSICOSIS

Repudio { de la idea incompatible
de la realidad ligada a ella

Represión (por proyección)

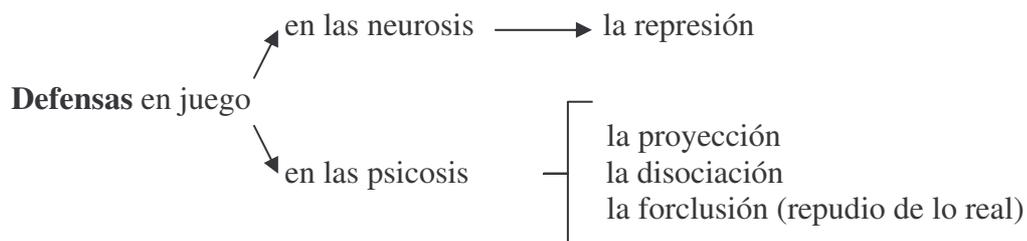
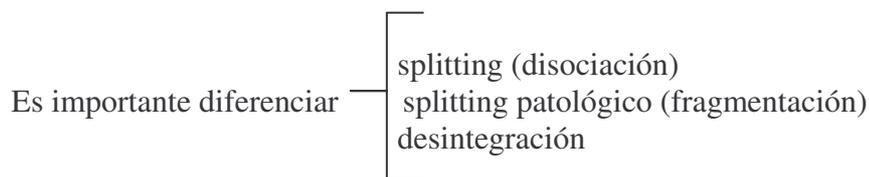
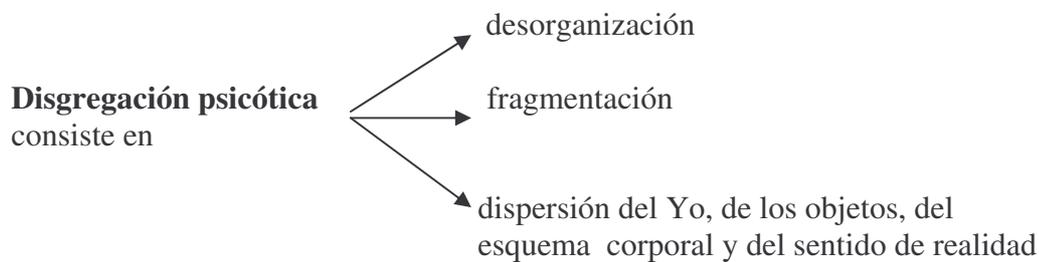
Proceso primario:

identidad de percepción



Falla en represión secundaria	Falla en represión primaria
barrera represiva bien erigida	barrera represiva rota o no construida, debido a lo cual se produce la invasión del proceso 1° en el 2°

Regresión neurótica	Regresión psicótica
Por frustración: por ej. en la histeria, introversión de la libido (se descatectizan objetos ext. y la libido se dirige a la representación fantaseada del triángulo edípico)	Igualmente se descatectizan, la diferencia es que <u>también</u> las representaciones objetales intrapsíquicas y la libido íntegramente vuelve al Yo. Sobrecatexis de la representación verbal (en restitutivos)
Regreso a fijaciones post-orales	Regreso a fijaciones orales receptoras) Klein: posición esquizoparanoide Bleger: etapa glischrocária Abraham: autoerotismo



PSICOSIS	NEUROSIS	PSICOPATIA
<p>Funciones del Yo muy dañadas, especialmente en la pérdida de relaciones objetales.</p> <p>Las defensas son más regresivas y toman menos en cuenta la realidad.</p>	<p>Las defensas contra la angustia son sustitutivas y simbólicas.</p> <p>Trata de resolver sus conflictos dentro de sí mismo y sólo secundariamente los actúa (acting out)</p>	<p>En la conducta la acción es predominante.</p>
<p>Gran distorsión o desorganización de la personalidad; su funcionamiento social suele estar muy alterado.</p>	<p>La personalidad aparece organizada desde el punto de vista social.</p>	<p>La desorganización de la conducta tiene mayores implicancias sociales que individuales.</p>
<p>Alteración de la capacidad para discriminar entre las experiencias subjetivas y la realidad (indiferenciación yo-no yo, sincretismo)</p>	<p>La incapacidad de discriminación es sólo parcial.</p>	<p>Los objetos de la realidad son sólo prolongaciones de sí mismo pues su mundo interno es únicamente representativo y no simbólico.</p>
<p>El modo de vida psicopatológico es aceptado por el paciente. La transformación por él experimentada se convierte en su modo de relacionarse. No reconoce que está enfermo y por lo tanto no desea que le cambien su estado subjetivo, puesto que es egosintónico. El delira o alucina y actúa en consecuencia con su delirio.</p>	<p>El ambiente permanece sin alteraciones aunque ciertos elementos de la realidad pueden estar teñidos con tonalidades afectivas anormales. Tiene conciencia de enfermedad y conscientemente desea mejorar, aunque su deseo inconsciente pueda ser contrario (proceso egodistónico)</p>	<p>No tiene conciencia de enfermedad, vive las experiencias simplemente como estímulos que son rápidamente descargados y no constituyen situaciones de aprendizaje.</p>
<p>Tiene incapacidad para hacer conciente sus contenidos y debe proyectarlos para defenderse de ellos</p>		

	PARANOIA	PARAFRENIA	ESQUIZOFRENIA
Actividad	Sometida a ideas delirantes	Dicotomía de la personalidad. Conserva capacidad pragmática	Seramente perturbada, abulia, apatía, desinterés
Afectividad	Todo el yo participa del delirio	Conservada, fuera del delirio	Perturbada, frialdad, ambivalencia
Formas clínicas	1)Persecutoria 2)Querulante o litigante 3)Celotípica 4)Erótica 5)Mixta	1)Sistemática 2)Confabulatoria 3)Fantástica 4)Expansiva	1)Simple 2)Hebefrénico 3)Catatónico 4)Paranoide
Personalidad previa	Sobrevalorados, desconfiados, susceptibles	Paranoides, rasgos expansivos	Esquizoides
Sistematización	Mucho	Poco	Muy mal sistematizados, ideas delirantes, inconexas
Temática	Tono y contenido persecutorio	Variable: megalomanía, omnipotencia, etc.	Agresión al Yo, autoreferencia
Aspecto	Desconfiado, reticente	Menos defensivo	Desconfiados, manierismos
Atención	Relacionada con el delirio	Relacionada con el delirio	Alterada, incapacidad de concentrarse
Percepción	No hay alteración	Alucinación	Alucinación
Memoria	Conservada. Hipermnesia	Paramnesia (mezclan el pasado y el presente, lo real y lo imaginario en la percepción)	No hay alteración. Con la evolución disminuye gradualmente
Pensamiento Lenguaje	Se cumplen todas las leyes del pensamiento lógico	Curso acelerado del pensamiento. Asociación perturbada. Neologismos	Serios trastornos. Neologismos. Interceptación del pensamiento. Rigidez. Disgregac.
		Síntoma fundamental: delirio polimorfo crónico. Diferencia con la esquizofrenia: pueden trabajar y están conectados con la realidad	

	SINTOMAS	ANSIEDADES	FANTASIAS IMPULSOS	YO	OBJETO	SUPERYO	MECANISMOS
ESQUIZO-FRENIA	Delirios. Alucinaciones. Personalidad disgregada.	Persecutorias.	Oral sádico.	Disgregado.	Dislocado.	Arcaico. Terrorífico	Disgregación. Disociación. Proyección. Identificación proyectiva. Idealización. Autismo.
MELANCOLIA	Abatimiento. Autoacusación.	Persecutorias.	Oral sádico.	Abrumado. Inmovilizado, incapaz de acción.	Disociado, Malo (Superyo), bueno (en el exterior)	Terrorífico. Altamente acusador.	Disociación. Introyección (obj.malo) Proyección (obj. bueno).
MANIA	Niega lo melancólico. Despreciativo. Sobrevalorativo.	Depresión. Culpa.	Orales, acompañados de anales sádicos.	Supervalorado. Idealizado, parte mala disociada y negada. Relativa coherencia.	Disociado. Idealizado. Obj. Malo: despreciado	Muy acusador. Está como devorado por el Yo.	Disociación. Negación. Proyección de lo malo. Introyección del objeto idealizado. Identificación proyectiva. Omnipotencia. Control. Idealización.
ESTADOS DEPRESIVOS	Decaimiento. Tristeza. Desvalorización de la vida. Escasa vida de relación. Ansiedad como señal de alarma.	Depresión. Culpa.	Oral sádico.	Integrado. Pensamiento y lenguaje coherente.	Integrado (bueno y malo a la vez)	Severo. Castigador.	Fracasa la defensa.
PARANOIA	Desconfianza. Vigilancia. Suspiciousidad. Delirios de persecución. Delirios sistemáticos.	Persecutorias.	Anales Sádicos (envenenar, atacar con excrementos)	Disociado. Sentido predominantemente como bueno.	Disociado. Idealizado. Obj. malo afuera.	Severo pero contenido.	Disociación. Proyección. Identif. proyectiva. Idealización. Control de objetos.

BIBLIOGRAFÍA

- ARIETI (1967) El self intrapsíquico, Basic Books Publishers.
- AULAGNIER, Piera (1964) Remarques sur la structure psychotique, en La Psychanalyse, n° 8
- BALINT, Michel (1968) The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression, Londres, Tavistock Publications.
- BAN, T. y UCHA UDABE, R. (1995) Clasificación de las psicosis. Ed. Salerno. Bs.As.
- BATESON, Gregory (1976) Pasos hacia una ecología de la mente, Ed. Lohlé. Bs.As.
- BLEGER, José (1971) El concepto de psicosis, Rev. APA, Tomo XXVIII, N° 1. Bs.As.
- BLEICHMAR, H. (1997) Avances en Psicoterapia psicoanalítica. Ed. Paidós, Bs.As.
- BION, W.R. (1957) Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities, International Journal of Psycho-Analysis, XXXVIII, 3-4
- (1972) Volviendo a pensar. Ed.Hormé. Bs.As.
- BOWLBY, J. (1940) The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. Intern. J. of Psycho-Analysis, 21: 154-78
- (1969) Attachment and loss, I, Attachment. The Hogarth Press.
- (1976) El vínculo afectivo, Paidós. Bs. As
- CHIOZZA, Luis A. (1996) Obras Completas de Luis Chiozza. Edición CD ROM, In Context informática documental, Bs. As.
- DEVINCENZI, Ana (1974) Apuntes sobre psicosis de transferencia. CIMP. Bs.As.
- (1976) Algunos conceptos básicos para la comprensión de la psicosis. CIMP. Bs.As.
- DE WAELHENS, A. (1972) La psicosis, Edit.Morata. Madrid.
- DOLTO, Françoise (1973) El caso Dominique, Ed. Siglo XXI, Bs.As.
- ERIKSON, E. H. (1950) Symposium on Healthy Personality, en M.J. Senn, ed. N. York: J. Macy, h., Foud.
- FAIRBAIRN, W.R. (1941) A revised psychopatlogy of the psychosis and psychoneurosis, International Journal of Psycho-Anal. Vol.4, págs. 751-81.

FREUD, Sigmund (1917) Introducción al Psicoanálisis, Conf. N°. 26: La teoría de la libido y el narcisismo", pág. 390/391 Amorrortu Editorial, Bs.As., 1977.

(1926) Inhibición, Síntoma, y Angustia, Amorrortu.

FROMM-REICHMANN, Frieda (1962) Problemas de la transferencia en los esquizofrénicos, en Psicoterapia en las psicosis. Ed. Hormé, Bs. As.

GALLI, Vicente (1982) Una perspectiva de investigación psicoanalítica en psicosis. XIV Congreso Psicoanalítico de América Latina. Bs. As.

GARMA, Angel (1971) El psicoanálisis. Teoría, Clínica y Técnica. Paidós. Bs.As.

GIOIA, Terencio (1989) Comunicación personal.

GUNTRIP, Harry (1971) El self en la teoría y la terapia psicoanalítica. Amorrortu, Bs.As., 1973.

KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. (1994) Sinopsis de psiquiatría, Bs. As., Ed. Panamericana, 1996.

KLEIN, Melanie (1930) La psicoterapia de las psicosis, en Contribuciones al psicoanálisis. Ed. Hormé. Buenos Aires. 1964.

(1953) Los orígenes de la transferencia, en Int. J. Psycho-Anal., Tomo XXXIII, pág. 433-438, traducido por W.Baranger.

KOHUT, Heinz (1971) Análisis del self. Ed. Amorrortu. Bs. As., 1977.

(1977) La restauración del sí mismo. Ed. Paidós, 1980.

LAPLANCHE y PONTALIS (1971) Diccionario de Psicoanálisis. PUF, París.

LERNER, H.; NEMIROVSKY, C. (1989). Personalidad borderline: déficit estructural y problemas clínicos. XI Simposio y Congreso interno, APdeBA.

(1990) La estructuración del self como cambio psíquico. XII Simposio y congreso Interno.

(1992) La clínica del déficit. Relación con su origen traumático. XIV Simposio y Congreso Interno, Bs.As.

McDOUGALL, Joyce (1982). Alegato por cierta anormalidad. Editorial Petrel, España.

NEMIROVSKY, C. (1993) ¿Otros analistas, otros pacientes?. Reflexiones acerca del psicoanálisis actual. Actas XXVIII IPA Congress, Amsterdam.

(1999) Edición-reedición: reflexiones a partir de los aportes de D. W. Winnicott a la comprensión y tratamiento de las psicosis y otras patologías graves, en Aperturas Psicoanalíticas, Rev. de Psicoanálisis, nº 3.

OELSNER, Roberto (1988) Notas sobre el trauma precoz y la transferencia. X Simposio y Congreso Interno, APdeBA, Bs. As.

PAZ, José R. (1973) Psicopatología. Sus fundamentos dinámicos. Ed. Nueva Visión. Bs.As.

PICHÓN RIVIÈRE, Enrique (1961) Algunas observaciones sobre la transferencia en los pacientes psicóticos, en Rev. de Psicoanálisis, Tomo XVIII, N° 2, Bs. As.

PUGET, Janine (1991) Entrevistando a Psicoanalistas. Reportaje del Dr. M. Spivacow. Psicoanálisis, XIII, 2.

ROSENFELD, H. (1965) Psychotic States, Int. U. Press, N.York
(1970) Sobre el tratamiento de los estados psicóticos por medio del psicoanálisis. Un enfoque histórico, en International Journal of Psycho-Analysis. Londres.

SEARLES, Harold (1966) Escritos sobre Esquizofrenia. Ed. Gedisa, España. 1980.

SEGAL, Hanna (1965) Introducción a la obra de Melanie Klein, Ed. Paidós. Bs. As.

WINNICOTT, D. (1945) Desarrollo emocional primitivo. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Ed. Laia, España.

(1954) Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Ed. Laia, España.

(1959-64) La clasificación: ¿Hay una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica? Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Ed. Paidós. Bs. As., 1993.

(1960 a) La familia y el desarrollo del individuo, Paidós, Bs.As., 1984.

(1960 b) La teoría de la relación paterno filial. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Bs. As., Paidós, 1992.

(1961) Variedades de psicoterapia. El hogar, nuestro punto de partida. Paidós, Bs. As., 1993.

(1962) La integración del yo en el desarrollo del niño. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Ed. Paidós. Bs.As., 1993.

(1967) El concepto de individuo sano. El hogar, nuestro punto de partida. Paidós. Bs. As., 1993.

(1971) Realidad y Juego. Ed. Granica, Buenos Aires.

(1974) Fear of Breackdown Int.Rev. of Psych-Anal. N.1 y
Psicoanálisis, Vol IV, N° 2, 1982