

Identificación proyectiva en un caso de esquizofrenia ⁽¹⁾

LAURA ACHARD ARROSA

MONTEVIDEO

Se estudiará el mecanismo de identificación proyectiva y su desarrollo en las relaciones de objeto, manifestados en la sintomatología y evolución de una paciente esquizofrénica. Del mecanismo de identificación proyectiva señalaré que la claustrofobia y la despersonalización son los efectos directos del mismo, sin perjuicio de que, en otros casos, ambos síntomas puedan ser determinados por causas distintas.

En lo que respecta al control sobre los objetos, he considerado tres situaciones diferentes: el control sobre un objeto bueno (autonomizado relativamente); el control por el silencio (que yo denomino control de tanteo o de duda); y el control sobre el objeto malo elegido (que yo llamo control de seguridad).

En cuanto a la intensidad de la agresión, he comprobado que se manifestó hasta el límite en que podría destruir el objeto, donde se autolimitó espontáneamente. ⁽²⁾

¹ Este trabajo fue leído en la Asociación Psicoanalítica Uruguaya el 20 de Junio de 1956. Parte de este tema fue presentado en el Primer Congreso Latino Americano de Psicoanálisis en Buenos Aires el 16 de julio de 1956 con el mismo título.

² Este trabajo será desarrollado en próximas publicaciones por la riqueza de material que ha proporcionado la paciente respecto al tema que se considera y a otros mecanismos no menos esenciales.

PRIMERA ENTREVISTA E HISTORIAL CLÍNICO

Drina, de 19 años, llegó a mi consultorio con un diagnóstico Psiquiátrico de esquizofrenia, habiendo sido objeto de intensos Atamientos biológicos y prolongada internación.

Es alta, delgada, hirsuta. Sus ropas están arregladas y limpias, pero su vestimenta es híbrida. Posteriormente su físico y atuendo han cambiado de manera notable. Ahora viste femeninamente, con elegancia y coquetería, y ha desaparecido de sus facciones la masculinidad que la caracterizaba.

Su angustia tenía manifestaciones somáticas: sudores, lenguaje extremadamente rápido, caminar incesante. Se apretaba las manos, pasaba una de ellas por el cabello, tosía, se sonreía sin causa aparente y se tocaba los hombros con las manos, en un movimiento de extensión, como si quisiera ampliarlos y enderezarlos.

Se cambiaba los lentes (usaba dos clases, ahora una sola en razón de su miopía), adecuando cada uno a la situación emocional en que vivía. Para alguna de ellas inclusive los tira (“no ve”)

Comenzó a mirarme espontáneamente; su estado de ánimo era de inquietud, incertidumbre y desasosiego. Se sentía culpable no sabía porqué. Por momentos su angustia se expresaba en forma dramática, señalando la indefensión y el desamparo respecto a; mundo hostil que la rodeaba.

“Usted no me puede ayudar. Si no fuera por mi religión me mataría.”

Desde el comienzo manifestó su mecanismo más empleado: “No puedo sentir por mí misma; siento lo que los demás sienten: y esto me fatiga y me da sensación de superioridad.”

En distintas oportunidades, bajo este trance emocional, se volvió incoherente en sus expresiones. Tenía una completa amnesia sobre los motivos por los cuales fue internada. Esos recuerdos se han ido

reconstituyendo lentamente en el transcurso del análisis aunque todavía restan lagunas que serían de fundamental interés clínico colmar.

Es intelectualmente bien dotada y se expresa con lucidez, excepto cuando se refiere a su estado de ánimo.

En síntesis: Drina presentaba un síndrome franco de despersonalización, con sentimiento de extrañeza del mundo exterior y de sí misma acompañado de una gran angustia ligada a sus vivencias patológicas. Todo esto se manifestaba en su comportamiento por una gran irritabilidad e inestabilidad emocional y graves perturbaciones en la conducta social, que traducían ostensibles ideas delirantes de persecución.

Resumiremos los antecedentes que reputamos de mayor interés de su historial clínico.

La madre informa que la enfermedad hizo crisis en 1949, mientras la paciente estaba haciendo ejercicios espirituales. En cierta oportunidad se negó a retirarse de la iglesia e ir a casa. Por insistencia de la madre volvió al hogar pero no quiso ver a su padre. Permaneció encerrada en su pieza dos días, pidiendo a su confesor hasta que se decidió su internación en un sanatorio Psiquiátrico, donde se le hizo al comienzo tratamiento de insulina, luego alternado con electroshock (tres veces por semana insulina, dos veces electroshock y barbitúricos por la noche). Este tratamiento continuó hasta febrero de 1950. En 1951 salió del sanatorio y comenzó su tratamiento psicoanalítico en esa fecha, siendo enviada a mi consultorio en abril de 1952.

Un año antes de la crisis de su enfermedad, la madre observó un cambio de conducta respecto al medio familiar: exageración en los estados de alegría y tristeza, y relaciones inestables en particular con sus hermanos (afectos excesivos, o disputas, retraimiento). Se hicieron notables trastornos en el sueño (somniaquia y llanto).

De la constelación familiar destacamos el padre de 60 años de carácter nervioso e irritable; la madre, de 45 años, enferma de -bocio y cuatro hermanos (dos varones de 13 y 11 años y dos hermanas de 15 y 17 años).

El nacimiento fue retardado en 15 días y la alimentación a pecho fue traumática, a causa de la abundancia de leche de la madre, que ahogaba a la niña. Su reacción frente a esta experiencia fue de vómitos. Los demás datos del desarrollo no ofrecen mayores particularidades.

Merecen señalarse estos dos hechos: su fobia a las gallinas, aparecida a los 7 u 8 años y su reacción frente a un muchacho que eyaculó sobre sus ropas. Drina lo vio pero no reaccionó y no dijo nunca nada. Tenía nítidos y angustiosos recuerdos sobre la escena primaria. Se observaba también en ella manifestaciones claustrofóbicas sobre todo en cines y confiterías.

El tratamiento ha durado cuatro años, y ha llegado casi a su término. Desde el punto de vista clínico se le puede considerar como curada.

ESTUDIO Y EVOLUCIÓN DEL MECANISMO DE IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA

En Drina aparece claro y simple el funcionamiento del mecanismo en estudio. Su Yo se proyecta parcialmente sobre los objetos elegidos o impuestos circunstancialmente para obtener su posesión y control.

Aparecerán como buenos o malos, prevalentemente, según la calidad de lo depositado en ellos (amor u odio). Esa expulsión compulsiva de parte del YO, creó en la enferma, en determinados momentos, síntomas evidentes de despersonalización y de claustrofobia, ratificando con claridad los conceptos de Joan Rivière. ⁽³⁾ Al despersonalizarse tenía la sensación de quedarse vacía (y viceversa); la claustrofobia, señalada en distintos episodios de gran angustia, representaba claramente la fantasía de una limitación física a la

³ *Joan Riviere: Developments in Psycho-Analysis General Introduction* pág. 33

posibilidad de proyección de su YO al exterior. El espacio cerrado constituía un peligro, desde que limitaba la elección de objetos, impidiendo la dispersión necesaria para que fueren conservados.

En Drina observé que la claustrofobia estaba en estrecha relación con la proyección de sus fantasías agresivas, y que era una defensa para preservar y no destruir totalmente el objeto. Destaco entre otras muchas similares por vía de ejemplos, estas reacciones en tres sesiones diferentes: “Me están saliendo mis partes malvadas”. . . “No le dan ganas de tirar cosas por la ventana “; “Me siento insoportable...”; “Voy abrir la ventana y a mirar para afuera”; “Me siento cercada” (en el cuarto de-análisis). “Ud. añade cosas feas” (va hacia la ventana y la abre),

Despersonalización y claustrofobia constituyen los dos polos de una misma línea entre los cuales la paciente se desplaza cuando predominan los sentimientos hostiles. Proyecta mucho y se siente vacía (despersonalización) o se siente llena de objetos amenazantes, limitada en la elección, y surge la claustrofobia.

La proyección supone control sobre el objeto que, en mi concepto es distinto en la medida en que las partes proyectadas sean buenas o malas.

Hay una diferencia de contenido notorio. Esto es de especial interés. Cuando el nexo con el objeto se crea a través de la proyección le un sentimiento de amor, el objeto tiende a gozar de cierta autonomía, que crea en el paciente una actitud contemplativa y de fascinación hacia él. Tiene confianza en su comportamiento, lo que no excluye necesidades mediatas de vigilancia y de verificación. Vuelve al objeto bueno, mientras mantiene la calidad adjudicada, tanto para comprobar que no ha experimentado cambios lo que en él ha depositado, como para reforzar sus sentimientos vitales en crisis frente a la ofensiva o predominancia posible de los instintos

destructivos que se encuentran actualizados en la situación transferencial. Sujeto y objeto se interaccionan recíprocamente para la fortificación de su instinto vital.

“Vengo de ver. . . al Dr. X que se va a Europa... y que es mi parte buena...”

“Tengo angustias y desesperaciones. . .” “Ud. se va. . . voy a ver al Dr. X para que me interne.”

El Dr. X fue siempre un objeto bueno para la paciente, aunque esta característica de fijeza es infrecuente.

El analista, en cambio, es el objeto que forzosa y alternativamente a través de todo el análisis es bueno y malo, y muchas veces en el curso de una misma sesión.

Cuando el nexo con el objeto se efectúa a través de la proyección de un sentimiento destructivo, el control es permanente, activo, rígido, persecutor y hostil.

A esas características de control se le añaden la de confianza en la solidez del objeto elegido (por eso lo escoge), por lo que yo lo denomino control de seguridad.

Las partes malas, cuyo comportamiento peligroso se evidencia, necesitan extrema vigilancia.

Como son dañinas, (por eso las proyecta), comunican al objeto esa condición. En un momento determinado del análisis en el cual se observó un incremento de las fantasías destructivas de Drina, vimos con claridad el desarrollo de este tipo de control.

En esa época la paciente controlaba tenazmente no sólo al analista en sus aspectos físicos y psíquicos, sino también el cuarto de análisis y los objetos que allí estaban. Cualquier cambio que percibiera, incrementaba su angustia hasta configurar muchas veces crisis intensas.

Entre otros ejemplos elocuentes, señaló su reacción frente ¿una silla agregada al cuarto de análisis en la que proyectó “IT; nombre invisible, peligroso y desconocido”. Durante un largo período, al comienzo del análisis, no podía soportar cambio algún respecto al analista y al medio que a ésta rodeaba (objetos, personal de servicio, arreglo diferente de las cosas). En el medio y conocido y controlado, Drina podía proyectar con seguridad su-partes hostiles, cuyo nivel de peligrosidad conocía y evaluaba. Cualquier objeto material o cambio psíquico que ella evidenciaba en el analista, rompía ese equilibrio y necesitaba una nueva adecuación para establecer el grado de peligrosidad del nuevo elemento. Esa adecuación, ese volver de nuevo a situarse, se realizaba siempre a través de un largo silencio (paralización omnipotente” del mundo interno y externo) y acentuaba casi simultáneamente el control por medio de la mirada: (se ponía lentes, miraba fijamente al objeto intruso, al analista, reconocía los anteriores ya familiares) y después sobrevinía la expulsión masiva y particularmente intensa, en esas circunstancias, de sus componente-destructivos,

Durante un largo período fue evidente la predominancia de los aspectos agresivos, en sus identificaciones proyectivas. La consecuencia inmediata y fugaz era un alivio de las tensiones internas, desde que lo peligroso estaba afuera; su YO había colocado los elementos perseguidores de su mundo interno en el externo. Pero naturalmente éste se había hecho más peligroso a su vez, lo que significaba que la reintroyección de los aspectos de su YO, tendrían un potencial de peligrosidad mayor. El desequilibrio entre sus instintos, con la predominancia de los de muerte, llevaba a la paciente a un estado de pánico interno y externo que viciaba su contacto con la realidad.

En cierto momento que tenía esa vivencia dijo: ‘Tengo pánico que aparezcan bichos y me den electricidad.’ ‘Pienso en gatos y ratas destructores que dan peste bubónica.’ (4)

En Drina observamos en esa época, una casi total ausencia de objetos buenos externos. Esta ausencia, estaba directamente vinculada con la dificultad de discriminar afuera (mundo externo) la calidad intrínseca de los objetos depositarios (hermanos, enemigos, inexistencia de amigos y de sentimientos altruistas, etc.).

Solamente conservaba una relación idealizada con el Dr. X que la ayudaba a contrarrestar sus perseguidores. Se quejaba amargamente de no recibir nada bueno del mundo externo y de no poder darlo. (“No puedo dar cosas buenas; son sexuales, son buenas y malas; me enfermaron”).

Se demostró la existencia de una categorización de objetos depositarios, que podrían simplificarse así:

A) El analista malo y bueno alternativamente, predominantemente malo en un largo período, sobre el que se descargaban los impulsos agresivos de la paciente, con la certeza de no recibir como respuesta, odio, hostilidad, agresión. (Objeto depositario sólido y permanente).

B) Objetos depositarios inanimados que prácticamente aparecieron como tales durante el análisis y cuya función primordial era la de proteger al analista del impacto masivo de la agresión. Este tipo de identificación proyectiva fue disminuyendo paulatinamente durante el tratamiento, llegando a concretar solamente en el analista los distintos aspectos de sus identificaciones. (Objetos depositarios inanimados y transitorios).

⁴ *Melanie Klein*: Developments in Psycho-Analysis. Cap. VI. Some Theoretical Conclusions Regarding the Emotional Life of the Infant.
Paula Heimann: Developments in Psycho-Analysis. Cap. X. Notes on the Theory of the Life and Death Instincts.

C) Una tercera categoría puede ser señalada en el análisis de la paciente: su comportamiento social frente a los juicios de valor hechos, durante el análisis. Sus familiares, sus conocidos, y aún los extraños con los que accidentalmente tomó contacto, constituían elementos hostiles del mundo externo de los que en general no podía esperarse más que agresividad y peligro.

Eran malos en la fantasía, y enjuiciados severamente durante el análisis, pero en la realidad social fueron tratados de manera diferente, sin que ellos percibieran como eran juzgados., La fantasía, era fantasía y realidad en el análisis, pero devenía fantasía en la realidad social. (Objetos humanos transitorios con funcionamiento alternante). Ejemplo: Acusaba a un familiar de robarle dinero y amenazaba denunciarlo a la policía. Esto se presentaba sólo en la situación analítica, sin afectar mayormente su relación real social con el objeto.

Dentro del material suministrado por Drina, quiero señalar, además, dos elementos importantes, uno de los cuales está vinculado directamente al mecanismo en estudio y el otro que sin integrarlo propiamente, constituyó en mi concepto, — y por lo menos en este caso — el medio para el ejercicio de la identificación proyectiva.

El primero, señalado por el Dr. Enrique Pichón Riviére, se relaciona con el daño al objeto una vez efectuada la proyección y puesto bajo control. ⁽⁵⁾

“*La odio y me odio*”. Hay repetidas agresiones físicas contra el analista y denuncias ante un sacerdote y un médico para que se ponga fin al análisis.

Sin embargo, la necesidad de controlar ‘las partes malas’ proyectadas en el objeto depositario (en este caso el analista) la llevaban a atenuar la intensidad de la agresión.

⁵ “Quelques observations sur le transfert chez des patients psychotiques”, Rev. de Psychanalyse, Nros. 1/2. A. 1932. pág. 254.

Su destrucción total (en el caso de las agresiones de hecho) o la separación (de prosperar las denuncias y terminar el tratamiento) implicaba riesgos graves e inmediatos.

La muerte del analista, por ejemplo, suponía liberar una parte de su Yo proyectado, dejarlo en actitud de incorporarse a otros objetos desconocidos, sobre los que no podría establecer control, y que luego la agredirían con nueva peligrosidad cuando volvieran a reintroyectarse.

En el caso de las denuncias (destrucción por alejamiento), Drina actuó socialmente en términos eficaces para invalidarlas.

Podrían señalarse otros hechos similares de esa antinomia angustiosa de destrucción y conservación del objeto elegido.

El segundo elemento estuvo representado por el silencio, que constituyó en la paciente el medio que le facilitó ejercer después, con menos peligro, el mecanismo de identificación proyectiva.

El silencio, en forma mágica, representaba la paralización momentánea de su mundo interno y su relación con el analista, lo que le permitía verificar el grado de peligrosidad y de solidez de los objetos depositarios, para luego poder entablar una relación con el analista, peligrosa y hostil en este período, pero ya sobre un objeto controlado. (Yo lo denomino control de duda). Durante todo el transcurso del tratamiento se constató que el silencio precedía siempre a una irrupción de sentimientos hostiles y crueles y que no se producía cuando en el comienzo de la sesión Drina expresaba sentimientos de amor.

Este ejemplo ilustra, entre los muchos que podrían señalarse. Drina entra en la habitación, la recorre y observa minuciosamente todos los objetos, Largo silencio; luego dice: “Si uno mira y no dice nada, es horrible, y si mira y habla también.” Otro largo silencio; y luego expresa: “Y Ud. cree, que si Ud. se descontrola, yo me voy a descontrolar?...”. Silencio prolongado: “La odio, Ud. es una ladrona, degenerada, etc....”

Esta situación fue interpretada de la siguiente manera. Drina vino a la sesión con un potencial enorme de agresión. Hizo su primer silencio, inmovilizando, como dijimos, su mundo interno y su relación con el analista, al mismo tiempo que controlaba los objetos depositarios. En la primera frase (“Si uno mira y no dice nada, es horrible; y si mira y habla también), expresó su gran conflicto: el temor a introyectar cosas malas, reteniéndolas, lo mismo que introyectarlas y proyectarlas en el analista, destruyéndolo porque todavía no lo había controlado suficientemente. El segundo silencio, lo necesitó para reasegurar y reforzar su control. Al expresar luego “Y” si Ud. se descontrola, yo me voy a descontrolar?” Hacía el reconocimiento (tanteo del objeto depositario) y pedía la autorización implícita para descontrolarse. En el último silencio paralizó este tipo de control, cobró confianza en el objeto depositario y se produjo la expulsión. “La odio; Ud. es una ladrona, degenerada, etc.”.

Obsérvese en la situación ejemplificada, los distintos aspectos de la identificación proyectiva.

Hubo una relación constante entre el silencio y la evolución de este mecanismo. A medida que su YO se integraba y que en sus relaciones con los objetos predominaban impulsos de amor (vida), el silencio fue progresivamente disminuyendo. Sólo reaparecieron cuando vivencia situaciones internas de peligro. (Temor a que se rompa el equilibrio y surjan con la intensidad de antes sus fantasías destructivas). Estos momentos se dieron de manera esporádica y casi siempre obedecieron a frustraciones reales externas (ya sean provenientes del analista o del mundo que la rodea).

En este trabajo se han enfocado aspectos parciales de un problema mucho más vasto, que ofrece amplio campo a la investigación en el que se lograrán sorprendentes conquistas.

RESUMEN

Identificación proyectiva en un caso de esquizofrenia

En el presente trabajo se estudia en especial uno de los aspectos que más se destacaron en la sintomatología y evolución de una paciente esquizofrénica: La Identificación Proyectiva. “Yo siento lo que los demás sienten y esto me cansa y me deja vacía”.

Se señala que la claustrofobia y la despersonalización en este caso son efectos directos de la misma. Con respecto al control se considera tres situaciones:

1° El control sobre un objeto bueno (autonomizado relativamente).

2° El control por el silencio (que yo denomino control de tanteo o de duda).

3° El control sobre el objeto malo elegido (que yo llamo control de seguridad).

En cuanto a la agresión, se observa que se manifestó hasta cierto límite, donde se autolimitó para conservar el objeto.

Se intenta realizar una categorización de objetos depositarios en relación con cierto período del análisis. Por último, se señala brevemente la evolución de los aspectos de este mecanismo junto al desarrollo del YO.

SUMMA RY

Projective identification in a case of schizophrenia

This essay deals specially with one of the most outstanding aspects in the symptoms and evolution of a schizophrenic patient: projective identification. "I feel what the rest of the people feel and this makes me tired and leaves me empty". It is shown that the claustrophobia and depersonalization in this case are direct effects of same.

With regard to the control, three situations are considered:

- 1) The control over a good object (made relatively autonomous).
- 2) The control through silence (which I call proof - control or doubt - control).
- 3) The control over the chosen bad object (which I call safety control).

With regard to aggression, it is observed that it finds expression up to a certain limit where it autolimits itself in order to preserve the object.

An attempt is made to categorize the depositary objects in relation with a certain period of the analysis. Finally, one briefly points out the evolution of the aspects of this mechanism together with the evolution of the Ego.