



Psicoanálisis de la esquizofrenia Breve reseña histórica

Juan Pereira Anavitarte

MONTEVIDEO

Descriptores: ESQUIZOFRENIA / RESEÑA CONCEPTUAL.

En 1897, Freud publicó “Análisis de un caso de paranoia crónica” donde señala que, en los síntomas de la enferma (alucinaciones e interpretaciones delirantes) existían “pensamientos inconscientes y recuerdos reprimidos, susceptibles de ser atraídos a la conciencia venciendo una determinada, resistencia”. Es el primer intento de comprensión de los síntomas psicóticos analíticamente, señalándose además que en alguna medida son comparables a los de las neurosis estudiadas por él en aquella época: la histeria y la neurosis obsesiva. Compara concretamente los datos obtenidos del análisis del caso con la neurosis obsesiva: “tanto en una como en otra se nos muestra la represión como el nódulo del mecanismo psíquico, siendo en ambos casos lo reprimido un suceso sexual infantil”. La interpretación de una parte de los síntomas — las ideas delirantes de desconfianza y persecución — la hace en términos de proyección con un contenido de reproche que la enferma proyectaba en las demás personas. También señala una modificación del yo exigida por los síntomas, aunque no la describe.

Después de ese primer contacto con el problema de las psicosis, Freud orienta sus investigaciones hacia el estudio de las neurosis y los sueños. En la primera década del siglo se realizan estudios más exhaustivos sobre el problema de la esquizofrenia en Zurich, en la clínica de Burghoelzli, a cargo de Jung y Bleuler.

El libro de Jung sobre esquizofrenia apareció en 1907, donde señala la participación de factores inconscientes en la determinación de los síntomas y su interpretabilidad, en términos simbólicos, pero al mismo tiempo como lo señalara Freud el mecanismo psíquico de la enfermedad quedaba a oscuras y no se tomaba en cuenta el destino de la libido, así Jung en 1908 en el congreso de Salzburgo, defendió la teoría tóxica de la enfermedad. Bleuler señala la existencia de una actividad mental más rica y más normal de lo que hasta entonces se creía, señalando además que la anatomía patológica no explica la enfermedad. En su libro publicado en 1911 donde acuña la nueva denominación de la enfermedad, dejando el término creado por Kraepelin de “demencia precoz”, coloca las investigaciones psicoanalíticas junto a las clásicas precedentes; sin embargo, más tarde admite un origen constitucional al trastorno. También como Jung señalaba que la sintomatología surgía de tendencias inconscientes de la personalidad, distinguiendo entre “síntomas primarios y síntomas secundarios”. Los trastornos primarios dependiendo del proceso orgánico y los secundarios cargados de una intencionalidad inconsciente. Históricamente desde entonces se renuevan los planteamientos de una organogénesis de la esquizofrenia o una *psico génesis*.

En la obra de Jung y bajo la influencia de los estudios de Freud sobre el

simbolismo de los sueños se atiende principalmente al simbolismo de los síntomas, especialmente el simbolismo sexual de los estereotipos, de las alucinaciones y de las ideas delirantes.

En "Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia ("Dementia Paranoides") autobiográficamente descrito", Freud retorna el problema de la psicosis, donde aplica nuevos conocimientos respecto a la evolución de la libido, en especial su concepto de un estadio "intermedio entre el auto erotismo y el amor objetivado" y que designa con el nombre de narcisismo, y "que consiste en que el individuo en evolución, que va sintetizando en una unidad sus instintos sexuales entregados a una actividad autoerótica, para llegar a *un* objeto amoroso, se *toma* en un principio a sí mismo, esto es, toma a su propio cuerpo como objeto amoroso antes de pasar a la elección de una tercera persona como tal. Esta fase de transición (el narcisismo) entre el autoerotismo y la elección de objeto es quizá normalmente indispensable". Señala que muchas personas se estancan en ella durante un tiempo inhabitualmente prolongado y que perdura en los estadios posteriores de evolución de la libido. La elección de objeto homosexual sería entonces el ejemplo de una elección objetal narcisísticamente determinada por la que se pasaría antes de llegar a la elección heterosexual. En los paranoicos habría una regresión al narcisismo como punto de fijación, se defienden contra una sexualización de sus relaciones sociales, con rechazo por parte del yo de esa situación y una ulterior elaboración por proyección de la elección homosexual en forma de delirio persecutorio; negando la fórmula positiva y proclamando: "no le amo; le odio" y en forma más completa: "no le amo, le odio, porque me persigue" (ya que el "yo le odio" por proyección se transforma en "él me odia").

Considera que en la esquizofrenia podría haber un punto de fijación similar compartiendo con la paranoia el carácter general de la regresión, la retracción de la libido con regresión al yo. En la esquizofrenia hay una retracción de la libido del mundo e interpreta los delirios y las alucinaciones como un estado de pugna de la represión contra una tentativa de curación, que intenta volver la libido a sus objetos. El delirio es visto así como un intento de curación en la medida en que se reconstruyen relaciones objetales, pero a diferencia de la paranoia que se sirve principalmente de la proyección, en la esquizofrenia actúa el mecanismo alucinatorio, al que Freud da un carácter "histérico". Además la regresión no llega solamente hasta el narcisismo sino al abandono total del amor objetivado y al retorno al autoerotismo infantil. De ahí, infiere que la fijación dispositiva de la esquizofrenia debe ser anterior aún a la de la paranoia "correspondiendo al comienzo de la evolución que tiende desde el autoerotismo al amor a un objeto". Agrega que "no es tampoco nada verosímil que los impulsos homosexuales que con tanta frecuencia y acaso regularmente hallamos en la paranoia desempeñen un papel análogamente importante en la etiología de la demencia precoz

Tausk, en su trabajo "sobre el origen del aparato de influencia en la esquizofrenia", en 1919, replantea el tema del punto de fijación de la esquizofrenia, retorna ideas de Freud y fórmula que la libido en el comienzo del desarrollo psíquico se caracteriza por la "falta de objeto", no existe ningún objeto en el mundo exterior, ni mundo exterior y "por eso no existe el yo ni la comprensión de que se tiene un yo". Pero en ese período existen *deseos e impulsos* y "se observa una urgencia específica de obtener dominio sobre todo lo que estimule los órganos sensoriales".

Concreta que "la etapa del desarrollo que precede a la etapa del descubrimiento del objeto ha sido reconocida como identificación"; la etapa ulterior es la "proyección del estímulo hacia el mundo exterior y la atribución de este estímulo a objetos distantes, de aquí el estadio de distanciamiento y objetivación del intelecto, y junto con esto la transferencia de la libido al descubrimiento, o más bien, a la propia creación del

mundo externo” se crea fundamentalmente un conocimiento de la realidad. Destaca que junto a la inhibición libidinosa hay una inhibición intelectual que puede manifestarse en forma de juicios falsos. “un proceso psíquico interno debido a desplazamiento y proyección es tomado equivocadamente por externo, y conduce a una “debilidad afectiva del juicio” más o menos marcada, con las reacciones de la psique que esto trae, cuantitativa y cualitativamente determinadas por el proceso mórbido”.

Hace la distinción entre narcisismo primario y secundario. El narcisismo primario *corresponde* a la etapa anobjetal *descrita*; el secundario a la carga de libido que estuvo en los objetos puesta secundariamente al servicio del yo, supone que la libido de objeto fue transformada en libido del yo.

El aporte más valioso de Tausk es su interpretación de que diversos síntomas de la esquizofrenia corresponden a distintas etapas de “hallazgo del yo”.

Así en el caso del aparato de influencia, como proyección del propio cuerpo del enfermo o de partes de él “ocurre porque se ha desarrollado *una* acumulación de la *libido narcisística* análoga al narcisismo primario, aunque en este sentido anacrónica, regresiva o fijada, pero parecida a él en carácter en cuanto que aísla al individuo del mundo exterior. De aquí que la proyección del propio cuerpo pueda ser mirada como una defensa contra una posición de la libido correspondiente a la terminación de la existencia fetal y al comienzo del desarrollo *extra uterino*”. Interpreta el estupor catatónico como un intento de retorno al útero materno. “El síntoma catatónico, la inmovilidad negativista del esquizofrénico, no es más que una renuncia del mundo exterior expresada en lenguaje orgánico”. Freud, en el estudio antes citado había formulado que el “yo es ante todo corporal”, en las sensaciones hipocondríacas hay regresión a aquella situación inicial de la formación del yo. Por tanto el “extrañamiento” de un órgano o de partes del cuerpo con que frecuentemente se inicia la esquizofrenia correspondería a esa etapa de organización de la libido alcanzada por regresión.

Posteriormente y en la misma línea de pensamiento, Fenichel va a decir que “el extrañamiento y la despersonalización son las reacciones del yo a la percepción de un aumento de narcisismo”.

Las fantasías de fin del mundo como síntoma frecuente, Freud lo interpreta como la expresión de la pérdida de las relaciones objetales y su proyección.

Tausk interpreta, por ejemplo, la impresión de los pacientes de que cada uno conoce sus pensamientos y sentimientos como correspondiendo a aquella etapa en la que el niño se ve como una parte del mundo exterior y no tiene conciencia de los límites de su yo. Proceso que se cumple también para los pensamientos que no son asimilados en la conciencia de la unidad del yo, lo que evolutivamente ocurre con posterioridad al alcanzar lo que considera “etapa de percepciones de la memoria”. Esta etapa está precedida de otra que llama de “alucinaciones”, en las que las percepciones aparecen en el mundo exterior y no son vistas como ocurrencias internas. “Además esta etapa de percepciones alucinatorias, que representan una especie de objetivación, descubrimiento de objeto y elección de objeto, corresponde al primer período de la vida”. Concretamente el paciente que declara que sus pensamientos y sentimientos están en las mentes de todo el mundo “declara simplemente, en palabras y conceptos denegados de la reserva de memoria de una etapa posterior de desarrollo, que su libido se encuentra en el período en que aún es idéntica al mundo exterior, y el enfermo está ahora obligado, por esto, a renunciar a las relaciones normales intelectuales de objeto hasta donde ellas dependen de la regresiva posición de la libido”. También los “cuadros vistos en planos” corresponde rían a una etapa del desarrollo del sentido visual anterior a la etapa alucinatoria, basándose además en el conocimiento psicológico de que el hombre percibe primero el plano en dos dimensiones antes de percibir

lo tridimensional.

Freud, en 1914, en su "Introducción al Narcisismo", sistematiza aún más claramente las diferencias entre la libido objetivada y la libido del yo, señalando que la evolución del yo se haría en el sentido de un alejamiento del narcisismo primario aunque también con una tendencia a conquistarlo de nuevo, que normalmente realizaría por el enriquecimiento que surge de las relaciones objetales por un lado y por otro de la formación de un yo ideal, este último impuesto principalmente desde afuera.

Distingue concretamente las neurosis de transferencia que se refieren a conflictos con la libido objetivada, de los demás trastornos: hipocondría y paranoia y parafrenia (como designa a la esquizofrenia), dependiendo estas últimas de la libido del yo, regidas en realidad por la regresión al narcisismo, trastornos en los que la libido no permanece ligada a los objetos *en la fantasía* sino que se liga al yo. La hipocondría en la esquizofrenia sería homóloga a la angustia en las neurosis de transferencia, que en éstas puede ser vencida por la conversión o por algún dispositivo protector, una fobia. La hipocondría correspondería así a una tentativa de restitución del objeto en el esquema del cuerpo.

Distingue en el cuadro general de la esquizofrenia tres tipos de fenómenos: 1º los de la normalidad conservada o neurosis (fenómenos residuales) ; 2º los del proceso patológico (el desligamiento de la libido de sus objetos, la manía de grandezas, la perturbación afectiva, la hipocondría y todas las regresiones); y 3º, los de la restitución, que liga nuevamente la libido a los objetos, bien a la manera de una histeria (demencia precoz, parafrenia propiamente dicha), bien a la de una neurosis obsesiva (paranoia).

En 1924, Freud formula las diferencias que considera esenciales entre las psicosis y las neurosis de transferencia. "La neurosis sería el resultado de un conflicto entre el yo y su ello y, en cambio, las psicosis el desenlace análogo de una perturbación de las relaciones entre el yo y el mundo exterior". En las neurosis de transferencia, el yo se defiende de una tendencia instintiva nacida del ello y resiste su satisfacción por medio de la represión; lo reprimido a su vez vuelve a través del síntoma, que aparece así como una transacción. La represión se impone por el superyo a cuyo servicio actuaría el yo. En las psicosis, la perturbación central está en las relaciones entre el yo y la realidad exterior. Los caminos normales de influjo del mundo externo en el yo, son dos: 1º por las percepciones actuales; 2º por el acervo anémico de percepciones anteriores, "que constituyen como mundo interior, un patrimonio y un elemento del yo". Señala que en la amencia por ej. queda excluida la acogida de nuevas percepciones, y sustraída al mundo interior su significación. El yo se procura entonces un nuevo mundo interior y exterior, de acuerdo a las tendencias del ello y como consecuencia de la privación del mundo exterior. (De ahí la afinidad señalada con la actividad onírica).

En cuanto a los delirios de los esquizofrénicos, éstos surgen en puntos en que se ha establecido una continuidad del yo con el mundo externo, como un intento de curación o de reconstrucción de la pérdida de contacto con la realidad externa.

Tanto las psicosis como las neurosis son en este momento interpretadas como fracasos de la función del yo, más específicamente de su labor de conciliación de las exigencias del ello, el superyo y la realidad exterior, debiendo tenerse en cuenta fundamentalmente el comportamiento del superyo, como instancia psíquica que reúne las exigencias de la realidad así como influencias del ello (la melancolía sería ejemplo típico de enfermedad resultante de conflictos entre el yo y el superyo).

En el caso de la psicosis, el yo dependiente ahora del ello se retrae de una parte de la realidad. Freud concluye que "en la neurosis dominaría el influjo de la realidad y en las psicosis el del ello. La pérdida de realidad sería un fenómeno característico de las psicosis y ajeno, en cambio, a las neurosis". Considerando que también en las

neurosis hay perturbaciones con la realidad, considera que, sin embargo, el neurótico actúa como “no queriendo saber nada de ella”, “mientras que en las psicosis se niega la realidad y se intenta sustituirla. En ambas afecciones habría una pérdida de realidad y un intento de sustitución pero en grado diferente, ya que en las psicosis sería tanto más agudo.

Desde el punto de vista terapéutico la posición de Freud es que dado el carácter narcisístico de la regresión que se alcanza con las psicosis, habría una imposibilidad para el establecimiento de un *rapport* transferencial, lo que imposibilitaría todo acceso al psiquismo del enfermo y por tanto *su* comprensión y curación por la técnica psicoanalítica. En ese aspecto la posición de Fenichel es más alentadora, considera que debe intentarse la terapia, considerando la posibilidad de adaptar la técnica a las necesidades o exigencias de una realidad psíquica diferente, considerando además, que así como la neurosis constituye una regresión inconsciente a la sexualidad infantil y “nos ha permitido penetrar en el conocimiento de las psicosis, el análisis de éstas, cuyo elemento fundamental es una regresión hacia las primitivas fantasías del yo, nos dará enseñanzas acerca de la génesis del yo y con ello de los problemas fundamentales de la *psicología*”.

Hasta Fenichel las ideas de distintos psicoanalistas respecto a la esquizofrenia giran en torno al concepto de “ruptura con la realidad”, preocupándose en la determinación del punto de fijación de la libido, considerando todos que ese punto es mucho más *primitivo que en las* neurosis, según Abraham sería en la primera etapa oral, carente de objeto. Fenichel señala que posiblemente hubieran en ese tipo de enfermos vivencias patógenas durante la lactancia pero también *que* “no tenemos ninguna idea concreta tanto en lo que se refiere a la constitución como a las vivencias que pueden intervenir hipotéticamente en su génesis, pues la constitución narcisística no puede equipararse tan simplemente como otras constituciones al reforzamiento de una zona erógena especial. Es parecida a la constitución oral pero no es idéntica a ella”.

Para Fenichel, las manifestaciones paranoicas *son* el modelo de la descripción de los fenómenos generales de la esquizofrenia. El mecanismo específico es la proyección “como forma especial de rechazo de los instintos cuya apercepción desagradable no puede ser reprimida”, convertidos en objetos del ambiente. La naturaleza arcaica del mecanismo provendría de la época del establecimiento de los límites del yo y supone una confusión parcial del yo y el no-yo. Característica que compartiría con la introyección aunque esta última está basada en tendencias incorporativas orales, constituyendo la capa más profunda de las relaciones de objeto. Económicamente la proyección responde, así lo describe Freud en “Los instintos y sus destinos”, a la necesidad de protegerse de estímulos internos que mediante este mecanismo se externalizarían.

La catatonía es considerada en ese momento del pensamiento analítico como el “terreno más oscuro”, pareciendo “un grado más complicado que la hipocondría y que el extrañamiento de los órganos” (Fenichel) ; mientras la sintomatología hebefrénica, sería menos regresiva, se mantendrían en ella en forma inconsciente las relaciones de objeto, se daría en sujetos con una disposición edipiana especialmente pregenital y con “tendencia de orientación contra el yo”, que no serían capaces de soportar el aumento cuantitativo de la libido durante la pubertad y enfermarían.

Fenichel distingue de una manera esquemática dos mecanismos generales: procesos de regresión del yo y procesos de restitución. Los primeros se evidenciarían a través de síntomas como fantasías fin del mundo, sensaciones de despersonalización, ideas de grandeza, modos de pensamiento y lenguaje, arcaicos, así como algunos

síntomas hebefrénicos y catatónicos. Los procesos de restitución darían ideas delirantes, alucinaciones otros tipos de catatonías, etc. Las ideas delirantes de considerarse salvador del mundo, la creencia en la existencia de significados proféticos o simbólicos y las revelaciones de todo tipo, corresponderían a un intento de restitución de la carga libidinosa objetal perdida. Las alucinaciones aparecerían cuando la conciencia de la realidad ha sido total o parcialmente perdida.

Schilder (“Introducción a una Psiquiatría Psicoanalítica”, 1928), plantea el problema de la esquizofrenia en función de la estructura del yo, de los instintos del yo y especialmente de los ideales del yo, así considera que los instintos del yo se dirigen a los objetos de afuera abarcándolos e integrándolos mediante las identificaciones; el ideal del yo se constituye, por la libido narcisista, pero que ésta “procede en parte del objeto que fue absorbido en el yo”, a su vez estos ideales del yo se suceden paralelamente a los sucesivos grados de organización de los instintos. Considera que en los casos de enfermedad (especialmente en la esquizofrenia) “no es mantenido el manejo de los instintos del yo en los ideales del yo”. La realidad externa se descompone, “la imagen del mundo exterior es inarticulada”. Por tanto la regresión narcisística supone que los ideales del yo están desarticulados, de manera que los más primitivos y mágicos mantienen su carga. El ideal del yo adaptado a la realidad pierde su carga, ésta es dirigida ahora al ideal mágico más primitivo, suponiendo eso además una confusión de fronteras entre el cuerpo y el mundo externo.

Considera con Freud que toda psicosis tiene un motivo actual, que puede ser un fracaso actual de naturaleza libidinosa o un aumento de las demandas hechas por el individuo mismo o por otros, y finalmente una exageración de exigencias libidinosas; la libido regresa entonces a puntos de fijación más primitivos. En el caso de la esquizofrenia considera que la fijación hay que buscarla en el dominio de la vivencia mágica, del narcisismo, en una etapa en que el cuerpo y el mundo no están estrictamente diferenciados. “Pero cuando hablamos de punto de fijación en sentido analítico, tenemos que exigir que las vivencias de fijación o las vivencias en que se manifiesta la constitución fijadora, sean señaladas.”

Llega a la presunción que los puntos de fijación de la esquizofrenia se hallan en parte en el dominio narcisista y en parte en etapas más primitivas aún, de difícil descripción psicológica; como también da como hipótesis la fijación erótico-oral. En este último punto sigue especialmente a Abraham. En un ejemplo que comenta (pág. 78 y sig.) se destaca el predominio del sadismo oral relacionado con el pecho de la madre, junto con otros signos de sadismo genital, considerando la existencia de una cadena “el sadismo de la lactancia como lo primario; el sadismo es llevado de la boca a la mano y de la mano a los genitales”.

Considera que la esquizofrenia se inicia con una melancolía “con vivencias torturantes que deben ser superadas con la manía. “Es como si el ideal del yo fuese abolido en su severidad (Freud), mientras ha conservado, hacia afuera su función”. “Como quiera que fuere, no tenemos ninguna razón para admitir *que* las imágenes del estado depresivo, tienen en los cuadros de esquizofrenia, otra psicología que la de la locura manícodepresiva”. Aunque señala que es posible distinguir ambos trastornos. Respecto a los trastornos de tipo orgánico observados en la enfermedad, señala:

“La admisión de una génesis somática de la esquizofrenia no contradice en absoluto una teoría bien entendida de la libido de la enfermedad. Según lo poco que sabemos es más probable que la enfermedad esquizofrenia tenga su desarrollo fuera del cerebro. Pero si una futura investigación mostrase que la enfermedad esquizofrenia tiene en el cerebro su origen mantendríamos nuestro derecho de hablar de alteraciones psicológicamente captables en las posiciones de la libido y del instinto del yo.”

En 1931, **Garma** revisa los conceptos básicos de Freud, especialmente en el sentido de que en las psicosis el yo se pone al servicio del ello y con esto pierde el contacto con la realidad externa. Garma señala que la conducta de los enfermos (la frecuencia de automutilaciones, por ej.) no pueden ser interpretados como una satisfacción primitiva del ello, como tampoco puede interpretarse así la actitud de queja o protesta del enfermo frente a pretendidas actuaciones de carácter sexual sobre él. Así como tampoco se explicaría la presencia de síntomas de despersonalización ya que como lo señala Garma “si en la despersonalización hay un rechazo del ello, no debería presentarse tal síndrome en enfermos esquizofrénicos, de existir en estos el comportamiento psíquico de negar la realidad para defender sus instintos”. Se limita en este trabajo a la esquizofrenia masculina. Concluye que en la esquizofrenia así como en formas de religiosidad extremas, el yo se somete masoquícticamente a su superyó, el ello está reprimido y la realidad exterior es rechazada justamente por ser capaz de satisfacer el ello. Revisando el material de análisis de esquizofrénicos señala como síntoma muy frecuente el regreso al vientre materno que interpreta en términos de represión de los deseos activomasculinos, de una identificación con la madre y de un deseo de coito pasivo con el padre estando el sujeto dentro del claustro materno. Esta posición libidinosa femenina, pasiva y masoquista es también señalada en las ideas de grandeza y en la fe en su omnipotencia de los enfermos esquizofrénicos y en la pérdida de los límites del yo. La sintomatología estudiada demuestra que como en el perverso, en el toxicómano o en el neurótico en general, no es una satisfacción instintiva sino en mínima parte que encubre una enorme insatisfacción. Destaca también que la posición femenina, pasiva y masoquista es más pronunciada que en el neurótico, como consecuencia además de un rechazo de los instintos activomasculinos que sobreviene por la subordinación al superyó.

El nuevo planteamiento de Garma señala una aproximación entre psicosis y neurosis haciendo válida también para las psicosis la fórmula general de Freud de conflicto entre el ello y el yo al servicio del superyó.

Basado en este trabajo de Garma y en investigaciones posteriores Enrique Pichon Riviere sistematiza la sintomatología señalando la posible patogénesis y su dinámica (1946 y 1947).

E. Pichon Riviere señala además de los aspectos destacados por Garma (represión de los instintos, el yo y la realidad; y la intensificación de la libido homosexual con sometimiento masoquístico a un superyo sádico), la disociación de los instintos; la homosexualidad y los instintos agresivos; que la esquizofrenia se inicia en un plano genital con angustia de castración muy aguda por el carácter incestuoso de la fantasía; la introyección del objeto perdido; represión de la homosexualidad o conducta reivindicatoria (el crimen paranoico, por ej.), y además que “el proceso psicótico se inicia siempre con una situación melancólica y un trabajo de duelo tendiente a superarla. Si permanece en este trabajo se estructura una depresión que puede superarse por la intervención de un mecanismo maníaco. “Si al trabajo de incorporación y de duelo sigue un trabajo de expulsión del objeto introyectado se producen dos alternativas: a) si la proyección fracasa en su intento de expulsar al exterior al objeto introyectado, si sólo consigue hacerlo en un órgano aparece el síntoma hipocondríaco; b) si el trabajo de expulsión al exterior es logrado, aparece el síntoma paranoico

La idea de que en la esquizofrenia hay un trabajo de duelo fracasado es en forma paralela, más desarrollado por Melanie Klein (1946).

En un trabajo posterior al antes citado, E. Pichon Rivière enuncia su concepto

respecto a la esquizofrenia: “una estructura en la cual se mezclan todos los mecanismos enunciados, y aparecidos cronológicamente, tal como lo hemos expuesto, proceso al cual se suma otro mecanismo, que específico para la esquizofrenia, caracterizado por una regresión del yo que comienza ya en las otras formas de psicosis pero que en ésta llega a grados más profundos debido a puntos disposicionales específicos: fijación oral primaria y prenatal”.

From - Reichmann considera que el esquizofrénico ha sufrido experiencias graves en la primera infancia, en un momento en que el yo del niño no ha podido elaborarlas, viviéndolas como heridas narcisísticas lo que lo lleva a ser muy sensible a toda frustración posterior, con poca resistencia para sobreponerse a los traumas, escapa de la realidad porque le resulta insoportable y se refugia en un mundo autístico infantil. En el tratamiento y en consideración a su concepción de la enfermedad trata de asegurarse la transferencia positiva, tratando de tomar todas las precauciones para evitar la desconfianza del enfermo, le explica además el porqué del tratamiento, etc., intentando así llevar al enfermo a un insight progresivo.

Freida Fromm, crea alrededor de 1930 la Escuela de Chestnut Lodge (en Lockville, EE. UU.) dedicada exclusivamente a la atención de psicóticos, centro de asistencia, enseñanza e investigación, excluyéndose todo tratamiento biológico. El método tiene puntos comunes con el de Federn, pero los fundamentos teóricos son diferentes. Siguiendo el concepto de Sullivan, se considera la angustia como nudo patógeno fundamental de la esquizofrenia. El enfermo habría sufrido experiencias precoces de rechazo por parte de su medio, de ahí su vulnerabilidad en distintos contactos humanos y su necesidad insaciable de “contactos buenos”. Por otro lado la angustia de abandono determina una agresividad a veces difusa, en otros casos, enorme, a la que el enfermo teme y que el enfermo reprime junto con la angustia. De ahí, que cuando las dificultades de la vida y los conflictos subsiguientes, sobrepasan cierto límite de tolerancia, cae en la psicosis. El concepto general de la enfermedad sería que la esquizofrenia es un conjunto de formaciones reactivas destinadas a contener y reprimir la angustia. El tratamiento se centra alrededor de la investigación de la angustia y de los mecanismos de represión cuyo estudio realizado a través de las reacciones del paciente a la investigación permiten conocer “el dinamismo genético” de su psicosis. Se trata de hacer tomar conciencia al enfermo de ese dinamismo, lo que permite la liquidación de los síntomas. Respecto a la técnica, considera que en la primera época de investigaciones sobre esquizofrenia, se dio importancia a la interpretación de los síntomas, para ella eso tiene una trascendencia terapéutica relativa; luego, especialmente con Federn se trató de obtener una transferencia positiva. Manifiesta que la actitud prescripta por Federn es peligrosa, que no debe haber ninguna actitud de solicitud exagerada, ni relación extraanalítica sino *una* benevolencia temperada, no esencialmente distinta de la que se tiene con un adulto de la misma edad del paciente. Postula una posición de “observador participando en el proceso interpsicológico que se desarrolla entre el psicoterapeuta y el enfermo”, exigiendo además una actitud autoanalítica por parte del psicoterapeuta casi constante, considerando la necesidad de tener suficiente satisfacción en su vida profesional, felicidad en su vida personal pero especialmente no debe ser ansioso, considerando este último factor como esencialmente perturbador en la comprensión de la situación del paciente. Recomienda además no ser igualmente estricto en la duración de la sesión para un psicótico como en los casos de neurosis, considerando que en algunos momentos del tratamiento sea necesario prolongar una sesión aún durante varias horas. Contraindica el uso del diván, así como de las asociaciones libres y el análisis de los sueños. En cuanto a las dificultades verbales, tan frecuentes en los pacientes, considera que las distintas

formas del lenguaje preverbal (gestos, actitudes, etc.) deben ser estudiadas pero no como “un lenguaje simbólico”, sino como “comunicaciones” del paciente hechas en un lenguaje defectuoso; el problema consiste en tratar que el paciente llegue a expresarse inteligentemente. En esos casos el analista comunica directamente al enfermo que no entiende lo que dice o hace y lo invita a estudiar las diferencias, usando siempre un lenguaje directo, simple y claro.

Considera que debe explicarse al enfermo el fin del tratamiento y estar de acuerdo respecto a su necesidad, así también se le debe informar respecto a la gravedad de su situación, tratando siempre de obtener la colaboración para comprender la génesis y dinanismos de la enfermedad; realizar lo que llama el “análisis genético”: estudio de las defensas contra la angustia y del análisis de esas defensas llegar a las causas de la angustia, con el estudio minucioso de la época de aparición de la enfermedad, de los primeros síntomas, de los factores desencadenantes, de todas las circunstancias tanto personales como ambientales que precedían y se desarrollaban en la eclosión de los trastornos.

Han publicado resultados estadísticos, en los que se señalan: 20 % de curaciones; 50 % de mejorías que permitían el egreso. Destacando además que los enfermos atendidos son graves, perteneciendo a la categoría de los “incurables”. Considera que “la mayor parte de los fracasos tenidos, no se deben a insuficiencia de la técnica, sino a problemas personales del psicoterapeuta”. Del estudio de los fracasos, destaca cómo causas: 1º “inflación psíquica”, el psicoterapeuta se ve cargando con una misión casi mágica y no como un profesional que desarrolla su trabajo. 2º Considerar el negativismo del enfermo como expresión de resistencia y no como una de las características de su estado. 3º Irritarse o sentirse humillado por no poder comprender algunos actos o palabras del enfermo. 4º Reaccionar a la agresividad del paciente sea con miedo o con heroísmo inadecuado que provoca mucho daño al enfermo.

5º La intuición extraordinaria de algunos esquizofrénicos que los lleva a adivinar los puntos débiles del psicoterapeuta, lo que se transforma en fuente de ansiedad. 6º La ansiedad del psicoterapeuta que es captada por el paciente y a la que reacciona con ansiedad a su vez. 7º Las ideas convencionales del psicoterapeuta respecto a la curación y a la normalidad, que él concibe de acuerdo con su propio punto de vista y que no toma en cuenta la “personalidad constitucional del paciente.”

La duración media del tratamiento de acuerdo con Freída Fromm - Reichmann es de tres años, con sesiones de tres a siete veces por semana de alrededor de una hora. Trabaja, así como Federn, con “ayudante” o “administrador” que se ocupa de todos los aspectos materiales de la vida del sanatorio y cuya función es interpretada como representando el “principio de la realidad”.

En 1946, Rosen hace conocer su método de “análisis directo”. Para Rosen la esquizofrenia es una enfermedad esencialmente psicogenética, no descartando la influencia de factores constitucionales. Considera que el punto de partida de la enfermedad está en el estadio oral de la libido y consiste en una frustración sufrida por el lactante por parte de una “madre perversa”, incapaz de amar a su hijo. “Un esquizofrénico siempre ha sido educado por una madre que sufría una perversión de su instinto maternal”. Estudia este hecho en las historias de sus pacientes y en algunos hechos clínicos; así, por ej. considera que el esquizofrénico pasa siempre por un período de persecución e ideas de envenenamiento, que corresponderían en primer lugar a las experiencias frustradoras del amamantamiento, proyectadas al mundo externo; así como las ideas de envenenamiento corresponden a intuición del lactante de que la leche materna es un veneno para él. Considera que todo paciente que ha

sufrido experiencias traumáticas precoces queda debilitado por el resto de su vida y que un acontecimiento externo cualquiera aunque no tenga algún significado especial para él, le desencadena la enfermedad. Respecto al tratamiento, considera que su técnica permite un buen pronóstico, el pronóstico es malo si se ha practicado alguna técnica de shock, en especial la insulina, y que es incurable si se le ha practicado leucotomía.

El nombre de “análisis directo” (que había sido propuesto por Federn) responde a la característica de la actitud del terapeuta: actuación directa sobre el inconsciente del enfermo, las ideas delirantes, alucinaciones, etc., son interpretadas inmediatamente al paciente, así también la actitud del terapeuta es enérgica en el sentido “de una madre cuidadosa frente a su hijo sufriente”, debe sentir que tiene alguien potente junto a él, en algún caso más fuerte incluso físicamente, pero siempre más fuerte en paciencia, en perspicacia, etc. Pasa horas (hasta 16 horas en un caso) con un mismo paciente, manteniéndose omnisciente respecto a las necesidades inconscientes del enfermo y asumiendo —según la situación— el papel de yo o de superyó o de alguna figura de la historia del enfermo y en algún caso de Dios. La actitud es también protectora; si el paciente está muy agresivo, lo protege de su agresión envolviéndolo con ropas húmedas y explicándole el motivo. En algún caso hace intervenir a otros auxiliares que asumen los papeles del delirio del enfermo y desempeñan una especie de psicodrama.

Describe casos en los que a medida que el enfermo mejora pasa de una hebefrénico-catatónica a una paranoide, luego y sucesivamente: maníaco-depresiva, obsesiva para terminar hipocondríaco o psico-somático precediendo la curación. Como criterio de curación considera que el tratamiento puede interrumpirse cuando se ha logrado cierta estabilidad psíquica, un nivel de maduración social, afectiva y sexual, así como la comprensión de sus síntomas pasados, en este sentido considera que los esquizofrénicos tienen una gran captación para comprender los problemas de los esquizofrénicos agudos, lo que los convierte en auxiliares muy valiosos. Considera además que no basta el análisis didáctico para el uso de su método sino además un aprendizaje de alrededor de un año.

Señala, además, tres etapas en el tratamiento:

1º) De análisis directo, de duración entre algunas semanas a 8 ó 10 meses para los casos crónicos.

2º) Período de análisis propiamente dicho, de duración de alrededor de dos años, de tipo bastante parecido al análisis de un neurótico.

3º) El post-tratamiento, considera que es conveniente mantener contacto con el paciente aunque sea tras largos períodos. Recomienda además a los ex-enfermos el trabajo de enfermeros psiquiátricos o de auxiliares en la aplicación de su método.

Wexler comunicó los años 1951 y 1952, la curación de una paciente aplicando el método de Rosen, aunque modificado. Los primeros 10 meses de tratamiento la trató en un hospital e hizo interpretaciones siguiendo la técnica de Rosen; la reacción de la enferma fue la elaboración de un delirio en el que la figura central era Wexler, quien entonces cambia la técnica asumiendo un papel de “superyó auxiliar”, con caracteres tiránicos y muy severo, prohibiendo a la paciente toda manifestación agresiva o sexual. Lo que logró un cambio en la enferma, mejorando y permitiéndole el egreso pasando al cuidado de una familia, contando desde entonces además de la psicoterapia, la asistencia reeducativa de la familia.

Considera que en la curación de la enferma era muy importante asumir un determinado papel y que el fin es hacer surgir el yo en los aspectos integrados, adoptando una actitud que corresponda a figuras arcaicas superyoicas para luego

actuar educativamente en forma paralela a la evolución del superyó.

En 1947, M. Sechehaye, comunicó un nuevo método de tratamiento de la esquizofrenia, que llamó “realización simbólica”, que consiste en dar al enfermo satisfacciones simbólicas de las necesidades que él no puede expresar sea por su sentimiento de culpa o por sus dificultades de lenguaje.

Considera que las frustraciones sufridas por el enfermo precozmente son responsables de la debilidad del yo, con pérdida del sentido de la realidad y regresión. El fin del tratamiento sería proporcionar al enfermo la satisfacción de sus deseos fundamentales en forma simbólica. La idea básica parece ser reconstruir el proceso infantil de construcción de la personalidad, señalando en este aspecto que los procesos básicos son la “proyección” e “imitación”. La primera síntesis se realiza con la “conciencia de su propio cuerpo” y lo diferencia así del mundo externo.

Federn, cuyas primeras aportaciones son publicadas en 1933, destaca en el cuadro esquizofrénico en forma especial, la insuficiencia energética del yo. La enfermedad es concebida especialmente como una forma patológica del yo, así, el debilitamiento del yo, permitiría el afloramiento de elementos muy primitivos del psiquismo.

Considera que el yo no es una diferenciación del ello, sino un organismo autónomo y estructurado con una evolución paralela a la de la libido. Está dotado de determinada cantidad de libido, la “libido del yo” necesaria para establecerse el “sentimiento del yo”. A su vez el yo “actuaría” como poseyendo límites con caracteres de frontera y filtro de impresiones, sean internas y en tal caso vividas como propias y externas o extrañas al yo. Así un déficit libidinoso del yo provocaría un estado de despersonalización y una parte de los procesos psíquicos son percibidos como realizándose fuera del yo (robo de pensamiento, imposición de ideas, alucinaciones verbales, etc.); en esas condiciones el yo tampoco puede defenderse contra el flujo de elementos psíquicos normalmente inconscientes. En un estado más avanzado el yo se reatraería a sus fronteras más arcaicas. En consecuencia, el tratamiento tiene por fin: a) restablecer la carga libidinoso de las fronteras del yo. b) Reprimir de nuevo en el ello lo que había invadido el yo. c) Normalizar el yo.

En la terapia se propone afirmar al yo por todos los medios: suprimir los gastos de energía mental que no sean indispensables; reglar su actividad; ayudarlo a liquidar sus conflictos internos y externos; ayudarlo a solucionar sus obligaciones de trabajo si las tiene; darle confianza en él mismo informándolo sobre la naturaleza de su enfermedad y de su estado. El establecimiento de la transferencia que considera siempre posible, debe establecerse con la parte sana del ‘enfermo y no con la enferma, de modo de “obtener una transferencia normal y no psicótica”. Por tanto la transferencia debe ser siempre positiva; si esto no se logra, aconseja espaciar las sesiones o enviar al enfermo a otro analista. Considera “que es imposible curar a un esquizofrénico a pesar de su familia”, razón por la cual se debe disponer de un auxiliar, sea un amigo del enfermo o un familiar que le evite escrupulosamente toda situación o influjo peligroso al enfermo, quedando en todo caso bajo la dirección del psicoterapeuta. Así también estudia las condiciones ambientales, por ejemplo considera que el hospital psiquiátrico es desfavorable, prefiriendo una casa de salud o la propia casa del enfermo, y este caso recomienda algo que considera fundamental: no hablar sino delante del paciente máxime si el enfermo tiene ideas de persecución. Interviene activamente en la actividad sexual del paciente, aconsejando que sea moderada, así como desaconsejando tener hijos y para eso enseñando prácticas anticoncepcionales. Las sesiones se realizan en casa del psicoterapeuta, si es necesario acompañado del auxiliar que aunque no

presencia la sesión es llamado al finalizar ésta y delante del paciente se le indican las medidas prácticas que deben tomarse respecto a él. Tampoco debe dudar en ofrecer al enfermo algo de tomar o de beber siguiendo el principio de que el paciente “debe saber que cuenta con la ayuda del psicoterapeuta y aún entre sesiones si es necesario

Respecto a la técnica, Federn postula que: 1) se debe llevar al enfermo a comprender que una parte de su yo está enferma y no es ya digna de confianza; 2) mostrarle cuáles son las partes que no son ya dignas de confianza; 3) instruirlo respecto a que el yo de todo ser humano pasa por diversos estadios y que en este momento en lugar de un yo adulto, ha regresado a etapas anteriores.

Federn no cree en la curación total del esquizofrénico.

Melanie Klein en su aportación básica “Notas sobre algunos mecanismos esquizoides”, en 1946, revisa conceptos admitidos hasta entonces y abre nuevas posibilidades de investigación y comprensión del enfermo esquizofrénico. Los conceptos revisados son fundamentalmente dos: el de narcisismo e implícitamente la psicología del yo; y la importancia del instinto de muerte determinando las defensas más precoces del yo frente a angustias “características de las psicosis”, que sitúa en los primeros meses de vida y a las que regresaría el enfermo esquizofrénico.

Postula que desde el comienzo de la vida existen relaciones objetales siendo ese primer objeto el pecho de la madre que es disociado en bueno y malo, así satisfaga o frustre, determinando ésta disociación la difusión de los instintos de amor y de agresión. Los mecanismos de defensa básicos son los de introyección y de proyección en interjuego constante y que modelan la estructura del yo y del superyó. También desde el comienzo actúan impulsos destructivos que son dirigidos contra el objeto (inicialmente, pecho de la madre), pero que se extienden luego al cuerpo, usando como armas de su sadismo, la boca (fantasías de vaciamiento) así como la orina y los excrementos (fantasías de ponerlos dentro de la madre, robándole los contenidos buenos deseados), a estas formas primeras se agregan después el uso de los dientes y los músculos. Surgen de los temores persecutorios (por talión) que obligan al yo precoz a nuevas defensas, sea idealizar las bondades del objeto bueno interno, negar la realidad externa y con ella el vínculo afectivo con esa realidad, etc. Defensas éstas, típicas en la sintomatología de la paranoia y la esquizofrenia. Klein basándose en el material de pacientes adultos y en el análisis de niños, describe estos rasgos como fase normal en la evolución psíquica infantil y anterior cronológicamente a la depresiva que ya había estudiado con anterioridad. Denomina esta fase, “fase esquizoparanoide” considerándola por tanto período al que regresa el esquizofrénico y al que regresa o reactiva cualquier enfermo neurótico y aun personas normales frente a un fracaso en la elaboración de una situación depresiva, siendo en principio observable (y ratificado por la práctica clínica) en cualquier enfermo aún cuando clínicamente no sea un esquizofrénico ni un paranoico. Así, la primera forma de angustia es persecutoria, el primer término por la actuación del instinto de muerte dentro del organismo, lo que lleva a temores de aniquilamiento y por otro lado tal como describí recién por las pulsiones agresivas contra el objeto que desencadenan temores al talión. Intensificada esta situación por experiencias externas penosas, sea enfermedades, hambre, o cualquier situación displaciente; así como el trauma del nacimiento. Cualquiera de estas situaciones en los primeros 3 ó 4 meses son vivenciados como actuaciones (presencias en la fantasía S. Isaacs) de objetos malos; por el contrario, las situaciones de placer y de satisfacción están referidas a objetos buenos. Las primeras relaciones objetales se establecen con el seno, un seno malo, objeto de todos los ataques sádicos del niño, secundariamente perseguidor; y un seno bueno, objeto de la proyección

libidinosa del niño, núcleo integrador en el yo precoz por introyección (basada en fantasías orales de incorporación) así como y junto con el seno malo, pasan a integrar el núcleo del superyó.

Klein considera que el período inicial de la fase de máximo sadismo infantil es el punto de fijación de la esquizofrenia y que “una defensa de parte del yo excesiva y prematura contra el sadismo impide el establecimiento del contacto con la realidad y anula el desarrollo de la vida de las fantasías. No existiendo, entonces, una posesión y exploración sádica del cuerpo materno y del mundo exterior (el cuerpo de la madre en el sentido más amplio), cesa en forma casi total cualquier relación simbólica con las cosas y objetos que representan el cuerpo de la madre y, por consiguiente, el contacto del sujeto con su ambiente y con la realidad en general”. Este alejamiento es la base de la ausencia de afecto y de angustia característica de los esquizofrénicos. Por tanto la angustia del yo frente al sadismo es la base del impedimento para el establecimiento de una relación con la realidad, que se evidencia además en una seria patología de los procesos de simbolización. Demuestra estos mecanismos en el análisis de un niño con serios trastornos esquizofrénicos en su trabajo “La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo”. (1930).

El autoerotismo y el narcisismo suponen entonces, amor y relación con el objeto bueno internalizado; en la fantasía forma parte del cuerpo y de sí, mientras y por proyección los aspectos malos del objeto quedan afuera, este concepto es básico para entender las peculiaridades del comportamiento disociado de un esquizofrénico así como los sentimientos de ambivalencia posteriores. Otra consecuencia fundamental es que el tratamiento analítico del esquizofrénico es posible, así como las relaciones transferenciales que en última instancia estarán regidas por los mismos procesos que determinan en la primera infancia las relaciones objetales. Surgen de ahí premisas técnicas evidentes, especialmente respecto a la necesidad del análisis tanto de la transferencia positiva como de la negativa, así como la posibilidad y necesidad del análisis rápido de ambas formas transferenciales que se establecerían inmediatamente, en la relación con el analista.

La posición de Klein señala una diferencia evidente respecto a los analistas americanos cuya ideología y técnica he descrito esquemáticamente. Rosenfeld señala en ese sentido: “La mayoría de los analistas americanos que han trabajado con casos de esquizofrenia, por ejemplo, Harry Stack Sullivan, Fromm Reichmann, Federn, Knight, Wesler, Eissler, Rosen, etc., han modificado tan considerablemente la técnica que ya no puede llamarse psicoanálisis. Todos ellos parecen estar de acuerdo en que es inútil pretender emplear la técnica psicoanalítica usual como medio de tratamiento de la psicosis aguda. Sostienen que la reeducación y la recuperación de la confianza son absolutamente indispensables en esos casos: algunos autores como Federn, van más lejos y sostienen que debe fomentarse la transferencia positiva, a la vez que se elude la negativa. “Rosen parece interpretar el material inconsciente tanto en la transferencia negativa como en la positiva, pero emplea también una buena cantidad de recuperación de confianza”.

Rosenfeld señala explícitamente que estimulados por los hallazgos de Melanie Klein puede tratarse la esquizofrenia con un método que mantiene los rasgos esenciales del psicoanálisis, que define como “una técnica que comprende la interpretación de la transferencia positiva y negativa sin el empleo de medidas educativas o de recuperación de confianza, y el reconocimiento e interpretación del material inconsciente presentado por el paciente”. Destaca al mismo tiempo la ayuda

que puede constituir la experiencia y descubrimientos de los analistas de niños en la técnica de tratamiento de esquizofrénicos por considerar que viven problemas técnicos similares.

Destaca en su trabajo "Observaciones sobre el conflicto del superyó en una forma aguda de esquizofrenia", que los pacientes psicóticos desarrollan una "psicosis de transferencia", del mismo modo que los neuróticos viven una "neurosis de transferencia", de ahí que, "el buen éxito del análisis depende de nuestra comprensión de las manifestaciones psicóticas producidas en la situación transferencial".

En el mencionado trabajo destaca de la importancia del superyó en los esquizofrénicos, como estructura particularmente severa y de carácter persecutorio, ratificando las conclusiones de Melanie Klein con respecto tanto a La formación del *superyó* como a sus características arcaicas. Un superyó que participa de características esquizoides y depresivas "en cualquier momento podría observarse una "lucha" con un superyó predominantemente perseguidor transformándose en una lucha con otro que contiene características más depresivas, y, después de un fracaso para tratar el conflicto interno en un nivel depresivo, se observaría un retorno de la primera lucha persecutoria".

La importancia de los mecanismos de disociación que afectan al yo y a los objetos, explicada por Klein como vuelta de la agresión contra sí mismo implica la proyección de partes del yo sobre los objetos externos, mecanismo que denominó "identificación proyectiva", y que explica rasgos importantes de la estructura y características del mundo externo para el esquizofrénico. Estos mecanismos se repiten en la transferencia con el analista, quien debe interpretar la situación "hasta que el paciente pueda gradualmente aceptar tanto su amor como su odio así como su superyó como pertenecientes a él mismo". Con ello indica cuál es el criterio de curación y el sentido de la sistemática interpretación tanto de la transferencia positiva como de la negativa: lograr que el paciente pueda unificar el objeto y el yo, sin disociaciones.

Dentro de la línea de pensamiento de las investigaciones de Klein, cabe destacar las aportaciones de Winnicott, de C. Scott y de Miller que dan especial énfasis a los problemas de esquema del cuerpo y realidad externa en relación con el objeto primario.

En especial Winnicott destaca la importancia de los procesos que se inician en la fase primaria del desarrollo emocional, en los primeros meses de vida: procesos de integración, personalización y realización (incluyendo los conceptos de tiempo, espacio, etcétera). Considera la existencia de una no integración primaria, al que se regresaría en la esquizofrenia, en esa no integración el individuo no se localiza en su propio cuerpo. El fracaso o el retraso en la integración predispone a la desintegración. En el estudio de las relaciones objetales, señala que la relación con la madre y en general las relaciones objetales primarias se establecen sobre la base de una alucinación previa que si coincide con un movimiento paralelo de la realidad completan un momento que llama "ilusión", de ese modo "su ideas se enriquecen con detalles reales de la vista, del sentir, del oler, y la próxima vez emplea este material en la alucinación". La relación con la madre, de ese modo, le va proporcionando "el trozo simplificado del mundo que el niño, a través de ella, llega a conocer". Considera que todo fracaso de la objetividad se relaciona con el fracaso en esta etapa del desarrollo emocional primitivo. La realidad externa por otro lado va imponiendo un freno a lo subjetivo, especialmente frente a la actuación mágica de las cosas en la fantasía. "Lo subjetivo tiene un valor enorme, pero es tan alarmante y mágico que no puede ser disfrutado, excepto como un paralelo de lo objetivo".

Otros ejemplos de aplicación, y fundamentos teóricos del análisis de la esquizofrenia con la orientación señalada por los hallazgos de Klein están expuestos

en los trabajos de esta revista y algunas de las reseñas bibliográficas.

También cabría señalar que aun dentro de orientaciones que coinciden con el pensamiento de Klein y colaboradores, han surgido diferencias en algunos aspectos. Fairbairn, por ejemplo, mantiene puntos de contacto con la mencionada orientación pero también evidentes diferencias. Esquemáticamente y siguiendo lo que en ese sentido señala Klein, la diferencia está en que Fairbairn enfoca el problema “desde el ángulo del desarrollo del yo en relación con los objetos, mientras que el mío ha sido hecho desde el ángulo de las angustias y sus vicisitudes.

También Fairbairn denomina a la primera fase, “fase esquizoide” y la considera punto de fijación de la esquizofrenia. La diferencia respecto a la estructura del yo y a las relaciones de objeto es más aguda, ya que Fairbairn considera que al principio sólo el objeto malo es internalizado.

Por otra parte, a la teoría de Klein de la no integración del yo precoz o por lo menos a la carencia de cohesión, Fairbairn la describe bajo forma de un yo central y dos subsidiarios.

CONCLUSIONES

En el desarrollo del pensamiento psicoanalítico respecto a la esquizofrenia, cabe señalar una evolución que esquemáticamente corresponde a la historia de los conceptos y de la técnica psicoanalítica. Es evidente que el psicoanálisis, como terapia y como psicología, nace y se desarrolla en la órbita de los síntomas neuróticos, los primeros casos estudiados corresponden a los que clínicamente consideramos neuróticos, personas con limitaciones en su vida de variada entidad, pero generalmente conectados con la realidad, que desarrollan sus actividades dentro de un margen que les permite la convivencia. El criterio genético de los síntomas, el desarrollo del análisis infantil, el estudio antropológico de los pueblos primitivos, permitieron paulatinamente acercamientos al mundo aparentemente nuevo, de lo más ajeno al sentido común, de lo extraño y lo diferente de lo normal y corriente. De los primeros estudios de Freud a la concepción de Klein hay una distancia apreciable que un poco esquemáticamente podríamos expresar diciendo que, es la historia de la conquista del mundo de la fantasía infantil preverbal y del delirio y la disgregación psicóticas. Es evidente que ese camino de conquista comprensiva hacia la infancia, a las más precoces experiencias, estaba ya en la preocupación de Freud cuando señaló el riesgo y el defecto de las investigaciones de Jung, que aunque seductoras en el sentido de convertir en inteligible lo hasta entonces absurdo (en conquista similar y paralela a la llevada a cabo por Freud en el mundo de los sueños), corría el riesgo de un estatismo paralizante. Así, el primer escollo planteado en la historia del problema fue el de la ubicación tópica y la interpretación económica de la esquizofrenia en la evolución general de la libido y con ello, la necesidad de definir y localizarlos, o el punto de fijación. Ese fue el motivo de búsqueda de Abraham, de Ferenczi, de Schilder y lógicamente de Freud.

El concepto de regresión narcisística fue aceptado por todos los investigadores de entonces, las diferencias podían señalarse en el estudio más exhaustivo de algunos aspectos, así por ejemplo, en Tausk con el problema del aparato de influencia; en Abraham la investigación detallada de las características de las primeras fases pregenitales de la libido, en Ferenczi el problema de la formación del concepto de realidad, etc.

El síntoma central señalado entonces en la esquizofrenia y que por otra parte es el primero que puede captarse contratransferencialmente: el apartamiento de la realidad y la consiguiente dificultad de comunicación incluyendo en esto, la disgregación lógica

del lenguaje, los manierismos y estereotipias, fue interpretado en función del narcisismo del enfermo.

Esta teoría explicativa hubiera quizá funcionado como inhibitoria de todo intento de acercamiento comprensivo al psicótico, dado que no pudiendo o mejor dicho, no esperándose que el enfermo pudiera ser capaz de transferencia con el terapeuta, tanto la terapia como la investigación hubieran quedado absolutamente vedadas. Por eso pienso, que desde Fenichel hasta nuestros días se abren dos orientaciones totalmente diferentes en el pensamiento analítico respecto a la esquizofrenia.

1º El concepto de que la realidad clínica del esquizofrénico es esencialmente distinta a la del neurótico, justifica cambios en la técnica habitual, posibilidad que estaba ya señalada por Fenichel desde sus primeros escritos y aún por Freud en forma menos manifiesta. A esa orientación pertenecen algunos investigadores que he citado extensamente en el trabajo: Rosen, Fromm-Reichmann, Federn, etc. A su vez cada uno de ellos actúa con técnicas diferentes que surgen de concepciones distintas de la psicología de la enfermedad, de la índole de la transferencia, de la función del analista, del proceso curativo (e implícitamente quizá del proceso curativo en general, en psicoanálisis).

2º Los hallazgos de Klein, inicialmente en el análisis de los niños especialmente de los análisis precoces, las investigaciones de S. Isaacs sobre la fantasía inconsciente, la revisión básica del concepto de narcisismo y de los instintos, llevan a una concepción unitaria del psicoanálisis como técnica. Vale decir que no se comprende la necesidad de técnicas diferentes para el tratamiento de la esquizofrenia, ejemplo de ello es el trabajo de la doctora Segal sobre análisis de un paciente esquizofrénico. Implícitamente supone, como lo señalara al principio un acercamiento al psicótico, dejando de verlo como esencialmente distinto del neurótico, viendo por el contrario en el neurótico muchos rasgos que están exagerados en el psicótico. La distinción de ansiedades de tipo esquizo-paranoide y de tipo depresivo que se integran en una unidad dinámica en el psiquismo humano, realiza y completa el ciclo de avance comprensivo de la conducta de los hombres, hacia sus formas más regresivas, enriqueciendo la comprensión de las neurosis y de la conducta normal.

El aporte, además fundamental de Melanie Klein y colaboradores, al problema de la esquizofrenia en los niños, amplía las posibilidades diagnósticas en Psiquiatría Infantil, haciéndola además accesible a la terapia de juego creada por ella.

BIOGRAFIA

KLEIN: "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides". Rev. de Psicoanálisis. Buenos Aires. Tomo VI. Nº 1. 1948.

KLEIN: "La importancia de la formación de los símbolos en el desarrollo del yo". Rev. Uruguay de Psicoanálisis. Año 1. Nº 1, 1956.

KLEIN: "Les origines du Transfert". Revue Francaise de Psychanalyse. París. Tomo XVI, Nº 1-2. 1952.

KLEIN, ISAACS, HEIMANN Y RIVIERE: "Contributions to Psycho Analysis". Hogarth Press, London. 1952.

NUMBERG: "Teoría general de las neurosis". Ed. Pubul. Barcelona. 1950.

PICHON RIVIERE, ENRIQUE: "Contribución a la teoría psicoanalítica de la esquizofrenia". Rev. de Psicoanálisis, Bs. Aires. Tomo LV. Nº 1. 1946.

PICRON RIVIERE, ENRIQUE: "Psicoanálisis de la esquizofrenia". Rev. de psicoanálisis. Buenos Aires. Tomo V. Nº 2. 1947.

ROSEN: "Direct Analysis". Grune & Straton, New York. 1953.
ROSENFELD: "Observaciones sobre el conflicto del superyo en una forma de esquizofrenia". Rev. de Psicoanálisis. Bs. Aires, Tomo X, Nº 3. 1953.
SCHILDER: "Introducción a una Psiquiatría Psicoanalítica". Ed. Beta. Buenos Aires. 1949.
SECHEHAYE: "Journal d'une schizofrenique". Presses Universitaires. Paris. 1954.
TAUSK: "Sobre el origen del aparato de influencia en la esquizofrenia". Rev. de Psicoanálisis. Buenos Aires. Tomo II. Nº 3. 1945.
WEXLER: "The Structural Problem in Schizophrenia: Therapeutic Implications". Int. J. of Psycho-Analysis. 1951, 32. Nº 3.
WINNICOTT: "Desarrollo emocional primitivo". Rev. de Psicoanálisis. Buenos Aires, Tomo V. No 4.