

## Desarrollo del pensamiento esquizofrénico <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>

W. R. BION

**LONDRES**

En este artículo que debe ser considerado como una introducción preliminar planteo tres cosas: a) Discuto hasta qué punto la personalidad psicótica difiere de la no-psicótica; b) Examino la naturaleza de esa divergencia; y c) Desarrollo las consecuencias de la misma. La experiencia en el Congreso de Ginebra demostró que una tentativa de dar ilustraciones clínicas, en un artículo tan condensado como este, produce mucha más oscuridad que luz. La presente versión, por consiguiente, está restringida a una descripción teórica.

Las conclusiones a las cuales yo llego han sido basadas en contactos analíticos con enfermos esquizofrénicos y corroboradas en la práctica. El hecho de que yo haya logrado cierto grado de esclarecimiento, se debe principalmente a tres obras de estudio. Como ellas ocupan un lugar muy importante en este artículo, yo voy a recordarlas. Primera: la descripción de Freud, a la cual me referí en el artículo para el Congreso de Londres de 1953, sobre el aparato psíquico activado por las presiones del principio de la realidad y, en particular, por esa parte del mismo que trata de reconocimiento consciente, de impresiones sensoriales.

Segunda: las sugerencias de Freud en “Malestar en la *Cultura*” sobre la importancia del conflicto entre los instintos de Vida y de Muerte.

Aunque Freud pareció retroceder sobre este punto; el mismo fue tratado y

---

<sup>1</sup> Leído en el Congreso Psico-Analítico de Ginebra, 24-28 de Julio 1955.

<sup>2</sup> Traducido del “International Journal of Psycho-Analysis”. Vol. XXXVII —partes IV y V—, año 1956. Londres.

desarrollado por Melanie Klein. Melanie Klein cree, que este conflicto persiste durante toda la vida, y esta creencia es de gran importancia, me parece, para la comprensión del esquizofrénico.

Tercera: La descripción de Melanie Klein sobre fantasías de ataques sádicos al pecho, hechas por el niño durante la fase esquizo-paranoide, y su descubrimiento de la Identificación Proyectiva. La Identificación Proyectiva es una disociación de una parte de la personalidad del paciente y una proyección de la misma en el objeto en el cual se instala, a veces como perseguidor, dejando empobrecida a la psiquis de la cual se ha separado.

Los disturbios esquizofrénicos provienen de una interacción entre (a) el ambiente y (b) la personalidad. En este artículo dejo a un lado el ambiente y dirijo la atención sobre cuatro rasgos fundamentales de la personalidad esquizofrénica. El primero, es un predominio de impulsos destructivos tan fuerte, que hasta los impulsos de amor, son invadidos por ellos y convertidos en sadismo.

El segundo, es un odio a la realidad, el cual como Freud indicó, se extiende a todos los aspectos de la psiquis que ayudan a reconocerla. Yo agrego el odio de la realidad interna y todo lo que contribuya a su reconocimiento. El tercero, se deriva de estos dos y es un miedo continuo a una aniquilación inminente. El cuarto, es una formación precipitada y prematura de relaciones de objeto, entre las cuales la transferencia es la principal, cuya fragilidad está en contraste marcado con la tenacidad con la cual se mantiene. La prematurez, la fragilidad y la tenacidad, son patognómicas y se derivan del miedo a la aniquilación por los instintos de muerte. El esquizofrénico está preocupado con este interminable conflicto, entre la destructividad por un lado y el sadismo por otro.

## **Transferencia**

Las relaciones con el analista son prematuras, precipitadas y muy dependientes. Cuando el paciente las intensifica por la presión de sus instintos de vida y muerte, dos fuerzas concurrentes de fenómenos se manifiestan: Primera, la identificación proyectiva, con el analista como objeto, se transforma en hiperactiva; resultando estados dolorosos y confusos tales como Rosenfeld los ha descrito. Segunda, las actividades mentales y otras mediante las cuales el impulso dominante (sea instintos de vida o instintos de muerte) lucha para expresarse; están sometidas en seguida a una mutilación por el impulso dominado momentáneamente.

Encontrándose el paciente impulsado por el deseo de escaparse 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. No importa si el paciente pasa derecho a mi consultorio, como si apenas estuviese consciente de mi presencia, o si demuestra una afabilidad expansiva y sin humor; la restricción de las relaciones es evidente. La restricción y la expansión se suceden alternativamente durante todo el análisis.

## **La divergencia**

En resumen: dejando a un lado el efecto del ambiente externo, la personalidad esquizofrénica depende de la existencia en el paciente de cuatro características: a) Un conflicto nunca resuelto entre los instintos de vida y de muerte; b) un predominio de impulsos destructivos; c) odio de la realidad interna y externa; d) una relación de objeto frágil pero tenaz. Estas características extrañas hacen cierto que el paciente esquizofrénico progrese de la posición esquizo-paranoide a la depresiva, de una manera enfáticamente

distinta a la personalidad no-psicótica. Esta diferencia surge del hecho de que este conjunto de características conduce al recurso masivo de la identificación proyectiva. Por consiguiente, es a la identificación proyectiva que quiero referirme ahora, pero mi examen de ella, será limitado a su despliegue por el esquizofrénico contra todo aquel aparato de percepción que, según Freud, es activado por las exigencias del principio de la realidad.

### **Divergencia de la personalidad psicótica de la no psicótica**

Ya mencioné la concepción de Melanie Klein de la posición esquizo-paranoide, y el papel importante desempeñado en ella por las fantasías infantiles y ataques sádicos al pecho materno. Ataques idénticos se dirigen contra el aparato de percepción, desde el principio de la vida. Esta parte de la personalidad es recortada, dividida en fragmentos pequeños, y entonces usando la identificación proyectiva es expulsada de la personalidad. Habiéndose librado del aparato de percepción consciente de la realidad interna y externa, el paciente logra un estado en que no se siente ni vivo ni muerto.

Este aparato de percepción consciente es íntimamente relacionado con el pensamiento verbal y con todo lo que provee, en la etapa primitiva a que me refiero, la base de *su* comienzo.

La identificación proyectiva de la percepción consciente, y los comienzos del pensamiento verbal, asociados con ella, constituyen el factor central en la distinción entre la personalidad psicótica y la no psicótica. A mi parecer, esto ocurre al principio de la vida del paciente. Estos ataques sádicos contra el yo y contra la base del pensamiento verbal naciente, y la identificación proyectiva de los fragmentos, hacen cierto que, desde este *punto en adelante* habrá una divergencia cada vez más amplia entre las partes psicóticas y no psicóticas de la personalidad hasta que, al fin, se siente que no hay manera de atravesar el abismo.

## **Destino de los fragmentos expulsados**

En la medida en que la destrucción sea exitosa, el paciente experimenta un fracaso en su capacidad de percepción. Todas sus impresiones sensoriales parecen haber sufrido una mutilación de una naturaleza que haría pensar que han sido atacadas, como el pecho es atacado en las fantasías sádicas del bebé. El paciente se ve encarcelado, en el estado mental a que ha llegado e incapaz de escaparse de él, porque siente la falta de] aparato de percepción de la realidad, el cual hace posible la huida y la libertad misma, hacia la cual él quisiera escapar. Este sentido de encarcelamiento es intensificado por la presencia amenazante de los fragmentos expulsados, dentro de cuyos movimientos planetarios, él se encuentra confinado. La naturaleza de este encarcelamiento se aclarará mediante la discusión del destino de estos fragmentos expulsados a la *cual me voy a referir ahora*.

Dentro de la fantasía del paciente las partículas expulsadas del yo tienen una existencia independiente e incontrolada fuera de la personalidad. Pero, sea que contengan los objetos externos o que sean contenidas por ellos, desempeñan allí sus funciones, como si la ordalía a que han sido sometidas sirviera sólo para incrementar su número y provocar su hostilidad contra la psiquis que las ha rechazado. Por consiguiente, el paciente se ve rodeado de objetos grotescos, cuya naturaleza voy a describir próximamente.

## **Las partículas**

Cada partícula es sentida como si fuera un objeto real externo que es encapsulado en un fragmento de la personalidad, que lo ha envuelto. El carácter de esta partícula completa, dependerá en parte, del objeto real; por ejemplo, un gramófono y, parcialmente, del carácter de la partícula de la personalidad que lo

envuelve. Si el fragmento de la personalidad, es relacionado con la vista, el gramófono, al pasar el disco, se ve como mirando al paciente; si es relacionado con el oído, entonces el gramófono, al pasar el disco se ve como escuchando al paciente. El objeto enojado, por verse envuelto, se distiende por decirlo así, cubre y controla el fragmento de la personalidad que lo envuelve; hasta ese punto la partícula es sentida como convertida en una cosa.

Estas partículas son usadas por el paciente como si fuesen prototipos de ideas —que llegarán a convertirse en palabras más tarde. Esta invasión del fragmento de la personalidad por el objeto contenido pero controlador hace sentir al paciente, que las palabras son realmente las cosas reales que designan, y por eso conducen a las confusiones, descritas por Segal que provienen del hecho que el paciente no simboliza sino iguala.

### **Consecuencias para el paciente**

El paciente se mueve ahora no en un mundo de sueños, sino en un mundo de objetos que ordinariamente son los accesorios de sueños. Estos objetos primitivos pero complejos, tienen características que en personas no psicóticas pertenecen a la materia, a objetos anales, a los sentidos, a ideas, al superyo y a las demás características de la personalidad. Uno de los resultados, es que el paciente trata de usar objetos reales como si fueran ideas, y se encuentra perplejo cuando ellos obedecen a las leyes de la ciencia natural y no a las del funcionamiento mental.

Relacionada con la identificación proyectiva se encuentra la incapacidad de la personalidad psicótica de introyectar. Si desea asimilar una interpretación, o si quiere traer de vuelta aquellos objetos que acabo de describir, lo logra por la identificación proyectiva dada vuelta, y por el mismo camino. Esta situación fue suscintamente expresada por el paciente que dije que usaba el intestino como un cerebro. Cuando le dije que él había tragado algo (es decir que lo había

entendido) me contestó: “El intestino no traga”. La doctora Segal ha descrito en su artículo, que tuve la suerte de leer antes del congreso, algunas de las vicisitudes de la paciente en la posición depresiva. Yo quisiera agregar ahora, que gracias a ese empleo de la identificación proyectiva, el paciente no puede sintetizar sus objetos: solamente los puede aglomerar y comprimir. Sea que sienta que algo ha sido puesto dentro de él, o sea que sienta que él mismo lo ha introyectado experimenta la entrada del objeto como un asalto, una retaliación de parte del mismo por su propia intrusión violenta dentro de él.

### **Represión**

Es claro, entonces, que mientras la personalidad no psicótica, o una parte de tal personalidad, emplea la represión, la psicótica ha empleado la identificación *proyectiva*. Por consiguiente, no hay represión, y lo que debería ser su “inconsciente” es reemplazado por el mundo de accesorios de sueños -en el cual, según mi descripción, se mueve.

### **Pensamiento verbal**

El comienzo del pensamiento verbal que yo he descrito como perteneciendo a la posición depresiva, se encuentra gravemente estorbado, porque es ello que sintetiza y articula las impresiones, y es esencial para la percepción de la realidad interna y externa: por esa razón es sometido a *continuos ataques* tales como los que he descrito.

Además, una excesiva identificación proyectiva en la posición esquizo-paranoide, impidió la suave introyección y asimilación de impresiones sensoriales, y por consiguiente, el establecimiento de la base firme de buenos objetos del cual depende la iniciación del pensamiento verbal.

El hacer una tentativa de pensar involucra un control del mismo y de la personalidad de las partículas expulsadas y de sus acrecentamientos. La identificación proyectiva es entonces invertida, y la aglomeración concomitante,

y la comprensión conducen a la verbalización eminentemente compacta. Esta construcción es más apropiada para la música que para la articulación de palabras tal como se emplean en la comunicación no psicótica.

Además, ya que estas partículas, como lo hemos notado, pueden compartir las características de cosas, el paciente puede sentirse dividido, por su reentrada. Y ya que estas partículas, incluyen fragmentos de percepción consciente de impresiones sensoriales, se experimentan los sentidos como dolorosamente comprimidos y agudos, hasta un punto inaguantable. Se puede ver que el paciente está preso por alucinaciones intensamente dolorosas, táctiles, auditivas, y visuales. La depresión y la ansiedad, siendo dependientes del mismo mecanismo, son intensificadas similarmente hasta que el paciente se ve obligado a tratar con estas emociones de la manera descripta por Segal.

## **Conclusión**

Mi experiencia de estas teorías en la práctica me ha convencido que el tratamiento de la personalidad psicótica no tendrá éxito hasta que los ataques destructivos del paciente a su ego y su sustitución de la represión y la introyección por la identificación proyectiva, hayan sido elaborados. Es más, yo considero que hasta en el neurótico agudo, hay una personalidad psicótica que tiene que ser tratada de igual manera antes de lograr éxito.

**Traducido por LAURA ACHARD ARROSA**