

## La depresión en esquizofrénicos<sup>1</sup>

*Hanna Segal*

LONDRES

**Descriptores: ESQUIZOFRENIA / DEPRESION / IDENTIFICACION PROYECTIVA / CASO CLINICO.**

La tesis de este artículo es que, en el curso del desarrollo, los esquizofrénicos llegan a la posición depresiva, y encontrándola intolerable, la manejan mediante la proyección de sus angustias depresivas. Esto no puede realizarse sino proyectando una parte importante del yo dentro del objeto, es decir por la identificación proyectiva. Me refiero aquí a la posición depresiva tal como fue descrita por Melanie Klein. En resumen, es una fase del desarrollo en la cual el yo del niño pequeño es bastante integrado y el objeto bastante sintetizado para permitirle experimentar una relación de objeto completa, involucrando la ambivalencia, el temor a la pérdida, la culpa, y la necesidad de recuperar y de restaurar al objeto. Por identificación proyectiva, entiendo el proceso por el cual una parte del yo es disociada y proyectada dentro de un objeto, con la consiguiente pérdida de esta parte del yo, así como con una alteración en la percepción del objeto.

En el curso del tratamiento psicoanalítico del esquizofrénico, es muy importante aclararle estos sentimientos depresivos y el deseo de reparar que emana de ellos. A medida que el tratamiento progresa, y después de haber empezado el análisis de las angustias paranoides, y de los procesos de idealización y de disociación, el paciente llega, con una frecuencia creciente, a vivenciar, por cortos momentos, angustias depresivas. Suele tratar de librarse de estas angustias por la identificación proyectiva. Muy a menudo acontece que la parte depresiva del yo del paciente es proyectada dentro del analista, y para realizar esta proyección el paciente puede recurrir a un manejo cuidadoso de la situación analítica destinado a provocar sentimientos depresivos en el analista. Es de mucha importancia, pues, el encontrar dónde y en qué circunstancias la parte de su yo capaz de vivenciar depresión ha sido proyectada, y de interpretárselo al paciente.

Ilustraré lo que quiero decir por dos ejemplos tomados del análisis de una muchacha esquizofrénica de 16 años. Había sufrido de alucinaciones desde la edad de 4 años, o quizás antes. Era una niña extraordinariamente dotada e inteligente, y retuvo largo tiempo algo de su brillo inicial, pero se había establecido un retraimiento progresivo y una deterioración constante, aunque lenta, de su personalidad. En la época donde empezó su tratamiento, a la edad de 16 años, tenía una esquizofrenia hebefrénica crónica y bien establecida.

---

<sup>1</sup> Traducido del "International Journal of Psycho-Analysis", Vol. XXXVII, P. 4 y 5, 1956, Londres

## Primer ejemplo

Esto ocurrió en el mes de febrero del segundo año de su tratamiento. Desde las vacaciones de Navidad había estado muy silenciosa, diciendo a lo máximo una o dos frases durante la hora, y pasando la mayor parte del tiempo saltando alrededor de la habitación, mordiendo sus trenzas, sus dedos, los almohadones o el diván. También se hurgaba mucho la nariz, comiéndose luego los mocos secos y juntaba, y a veces comía, cada pedacito de pluma o de suciedad que podía encontrar en el suelo. Había interpretado su conducta sobre todo en términos de voracidad y agresión orales en relación conmigo, reemplazando yo el pecho, y refiriéndome a su desesperación acerca de la transformación de los alimentos buenos en materia fecal mala, lo que la obligaba a comer la suciedad del suelo y los excrementos. Durante estas horas, había experimentado también alucinaciones persecutorias que revelaba sacudiendo sus manos con violencia, como si quisiera librarse de algo, arrancándose pedacitos de piel, arrollándolos y tirándolos, escuchando despavorida algunas voces internas, y a veces gritando. Interpretaba su conducta como manifestación de su sentimiento que el alimento que se había vuelto malo lo estaba atacando, y que ahora también sentía mis interpretaciones como un alimento malo mordiéndola o ensuciándola por dentro.

Ella había confirmado verbalmente algunas de estas interpretaciones, y se había referido a su primera infancia, diciendo que, cuando era un bebé, sólo sabía morder, odiar y gritar. Después de algunas semanas de esta conducta, un día entró, se sentó en el diván, y me dijo en una forma tranquila y racional que mamita la había llevado al doctor, porque era muy pálida y delgada, y que mamita estaba preocupada. Yo le pregunté qué pensaba ella que le estaba ‘pasando. No me contestó, sino recommenzó a morder, a urgarse la nariz, y a comer los mocos secos. Entonces relacioné su preocupación acerca de ella misma con su sentimiento que ella estaba destruyendo los alimentos, que los estaba volviendo malos, que los estaba echando a perder. Pero pasé obviamente al lado del punto esencial de su angustia, porque vino a la hora siguiente y repitió la misma conducta y el mismo relato que en la hora anterior. Puso gran énfasis sobre las palabras “pálida y delgada”, mirándome con detención y suspicacia, y luego puso su mano en la base de su cuello y se hizo dos rasguños muy pequeños. En el principio de su tratamiento,” solía por períodos, ser muy voluble, y una de las cosas de las cuales hablaba mucho en aquel entonces eran los vampiros y sus supuestas costumbres, acerca de los cuales tenía muchos conocimientos. Sabía que los vampiros, según dicen, suelen morder a sus víctimas en la base del cuello, y dejar dos pequeños rasguños, que son sintomáticos. Le dije entonces, cuando advertí los dos rasguños, que ella pensaba que era pálida y delgada porque la chupaba un vampiro; luego le llamé la atención sobre la manera en que me miraba y le dije sospechaba que yo era un vampiro.

Esta interpretación produjo varias asociaciones sobre los vampiros y sus costumbres, y ella confirmó directamente mi interpretación transferencial diciendo que yo sólo podía hacer interpretaciones a partir de lo que me decía, y que ella sentía que yo estaba viviendo a expensas de su vida, y que chupaba su cerebro y su sangre. Un tal reconocimiento verbal directo de sentimientos con respecto a mí era muy poco usual en esta paciente.

El día después, vino muy tarde, más o menos diez minutos antes del fin de la sesión, y cuando le dije que tenía temor de venir porque yo podía chupar su sangre, empezó inmediatamente a quejarse de que yo le estaba arrancando cosas, y que lo hacía aún en sus sueños. Agregó entonces que quizás era por eso que ella tenía que

refugiarse cerca de la “gente ideal” dentro de ella misma (sabíamos en aquel momento que ella tenía dos tipos de alucinaciones, uno de carácter *muy persecutorio*, el otro de carácter muy ideal).

En la hora siguiente, vino puntualmente y siguió hablando de la “gente ideal” dentro de ella. Sabía por material anterior que muchas de sus alucinaciones eran basadas sobre personajes de libros, que ella solía literalmente devorar para crear dentro de ella un mundo alucinatorio con sus personajes, con algunos de los cuales se identificaba. Le interpreté que me trataba en la misma forma que trataba sus libros tomando mis interpretaciones adentro de ella y usándolas para crear alucinaciones agradables en su interior. Dijo que sabía esto, y agregó que sabía que me estaba vaciando de vida. Me echó entonces una larga mirada y dijo que a veces, cuando los vampiros estaban enamorados, no mataban a sus víctimas en seguida, sino que lo hacían lentamente, por grados, y gozaban enormemente en el chupar la sangre.

En las pocas sesiones ulteriores, pudimos llegar a sus distintos sentimientos hacia mí en la situación de vampirismo. Había sentido que su amor por mí, como su amor por el pecho, era tan peligroso como el odio, por su crueldad y su voracidad, y que al quedar en silencio y al hacerme hablar, estaba chupando mi sangre y mi vida lentamente, y construyendo dentro de ella algo maravilloso que no compartía conmigo. Luego, había empezado a ser vacía, y me transformaba paulatinamente en un vampiro chupándole la vida, sacándole sus alucinaciones buenas, persecutiéndola y amenazando matarla. Temía curarse, porque la curación significaba para ella ser exorcisada, y ser exorcisada significaba primero que se descubriera que era ella el vampiro, y que la harían morir. Sentía que esta situación sólo podía terminar en la muerte. Después de alguna elaboración de este material, al final de una sesión, estaba sentada muy tranquila en el diván, pensativa, y dijo: “¿Quiere usted decir que todo este círculo vicioso se produjo porque yo siempre tomaba y tomaba, comía y comía, y que no hacía nada para reconstruir algo bueno dentro de mí misma ?”. En el curso de esta sesión parecía preocupada, deprimida, pensativa, y mucho más sana que en cualquier momento anterior.

El día después, me encontró en la sala de espera, sonriendo y saludándome en una forma inusitadamente abierta y amical. Parecía normal y tranquila. Advertí también que llevaba una blusa de cuello abierto, que dejaba ver su pecho mucho más que de costumbre. Tan pronto como entró en el consultorio, se produjo un cambio inmediato. Empezó a comportarse en una forma irracional y alucinada. Saltó y brincó alrededor de la pieza durante un tiempo, agitando sus brazos, portándose en una forma más bien maníaca que perseguida. Entonces saltó encima del diván, y se acostó allí, murmurando para ella, y, ocasionalmente, masturbándose. Parecía ignorarme por completo. Era un cambio llamativo con la semana anterior, donde había asociado libremente, y más aún con la sesión precedente en la cual había parecido comprender tan bien sus sentimientos. Después de un momento, entendí que su comportamiento era sintomático de una reacción terapéutica negativa contra el gran progreso en el “insight” que había realizado en los días anteriores. En la sesión precedente, mi paciente había vivenciado el sentimiento que había destruido el pecho que la alimentaba y se enfrentaba con el problema de la reparación y de la reconstrucción. Esta situación le había sido obviamente intolerable, y ella había actuado en una forma que la hacía capaz de proyectar sobre mí estos sentimientos intolerables. Al comienzo, en la sala de espera, ella era la madre que me seducía enseñándome su pecho, saludándome en una forma cordial, deseando darme esperanzas, y después, en el consultorio, empezó a frustrarme ignorándome, y me exhibió en su masturbación la relación, sexual de los padres. Ella era la madre, yo tenía que ser la niña

experimentando excitación sexual, voracidad, frustración, ira y culpa. Me recordé en esta sesión que la madre de esta paciente perdía a menudo la paciencia con su hija, y quedaba entonces agobiada por la culpa, y me quedé muy impresionada al ver que la paciente se arreglaba con gran sutileza para que su madre se porte como un niño al perder la paciencia y al tener que llevar después el fardo de la culpa.

Interpreté primero a la paciente el significado de su comportamiento, la identificación conmigo como una madre que la estaba frustrando oralmente y excitando su rabia por su relación sexual con su padre. Le recordé entonces el fin de la sesión anterior, cuando ella se había enfrentado con su propio sentimiento de culpa frente a mí como madre que alimenta. Le hice notar que obviamente ella no podía soportar estos sentimientos dentro de ella, y que por eso ella tenía que ser la madre y yo tenía que ser la niña, para que ella pueda poner dentro de mí aquella parte de sí misma que no podía tolerar, la niña culpable. Pude también mostrarle que se había portado así a menudo con su madre, en la época actual y en su primera infancia. Escuchó detenidamente esa interpretación, y dijo, con una mirada de alivio y una expresión de cordura reapareciendo en su cara: “Naturalmente, no necesito nunca ser el niño que depende”.

Traté de mostrar en esta serie de sesiones una sucesión de cambios en mi paciente. Después de semanas de lo que había parecido una conducta totalmente irracional y loca, la paciente había sido capaz de verbalizar en la transferencia su delirio paranoide sobre mí como un vampiro. El análisis ulterior le permitió relacionar esta imagen de mí con sus propios impulsos y fantasías de chupar. Al mismo tiempo que esto, se había dado cuenta de que sus imágenes ideales y perseguidoras eran aspectos disociados de un solo objeto, el analista reemplazando al pecho o a la madre que alimenta. En este momento su yo se volvió más integrado y su objeto más sintetizado. Los sentimientos persecutorios disminuyeron y la paciente tuvo que enfrentar su responsabilidad por sus propios impulsos hacia el pecho y su sentimiento de que tenía que restaurarlo, particularmente que tenía que restaurar el pecho interno. Lo expresó claramente cuando dijo: “Será porque yo siempre tomaba y comía y comía, y no hice nada para reconstruir ninguna cosa buena **dentro de mí ?**” En este momento estaba conectada con sus sentimientos y con la realidad, y se aproximaba a la salud mental. Eso, sin embargo, le era intolerable, y ella proyectó inmediatamente la parte deprimida y más sana de ella adentro de mí, librándose así de ella y volviéndose más loca.

## **Segundo ejemplo**

La segunda secuencia que quiero describir se produjo el mismo año en octubre. Ella había vuelto de sus vacaciones de verano lejana y alucinada. Pude captar a partir de su comportamiento que estaba alucinando a Dios y al Diablo; representaban los aspectos buenos y malos del padre de la paciente, que se había suicidado cuando ella tenía quince años. Al mismo tiempo, resaltaba de sus gestos y expresiones que tenía relaciones sexuales a veces con Dios, a veces con el Diablo. Había una gran cantidad de gritos, aullidos y ataques; a veces miraba con terror. También sacaba continuamente hilos de la funda del diván y los rompía con ira. Le había interpretado su relación con su padre sobre todo en términos de disociación, idealización y persecución, y la había relacionado con la transferencia, particularmente en relación con las largas vacaciones de verano. Presté también mucha atención al hecho de que rompiera los hilos de la funda del diván interpretando esta conducta según el contexto

como romper el hilo de sus pensamientos, el hilo del análisis, los hilos conectando su mundo interno con la realidad externa. Su violencia disminuyó gradualmente, y, aunque seguía sacando los hilos, y rompiéndolos, y hacía como de costumbre muchas mordeduras, muchos gritos, muchas sacudidas de ira, el cambio en su modalidad era notable. A medida que avanzaba el tiempo, había más brincar y bailar una mayor gracia en sus movimientos, menos tensión, y había en ella un aire, medio de alegría, irresponsabilidad, y lejanía. Un día que estaba bailando alrededor de la pieza, sacando de la alfombra algunas cosas imaginarias, y haciendo movimientos como si estuviera desparramando algo en toda la pieza, se me ocurrió que debía imaginar que estaba bailando en una pradera, juntando flores, y desparramándolas, y pensé *que se comportaba exactamente como una actriz jugando el papel de la Ofelia de Shakespeare*. La semejanza con Ofelia era aún más notable porque más alegre e irresponsable era su conducta más triste era el efecto, como si su alegría misma tuviera como finalidad de producir tristeza en su auditorio, como el bailar y cantar falsamente alegres de Ofelia están destinados a entristecer los espectadores en el teatro. Si era Ofelia, estaba desparramando su tristeza en toda la pieza como estaba desparramando las flores imaginarias, para librarse de ella y hacerme, su espectadora, triste. <sup>(2)</sup>

Como la paciente se había identificado a menudo en el pasado con personajes de libros u obras teatrales, me sentí en un terreno plenamente seguro para decirle: “Me parece que Ud. hace de Ofelia”. Paró en seguida y me dijo: “Sí, claro”, como sorprendida que yo no me haya dado cuenta antes, y agregó tristemente: “Ofelia era loca, ¿no es cierto?” Era la primera vez que ella admitía conocer su propia locura.

Entonces relacioné su conducta con el material anterior y con mis interpretaciones sobre su relación con su padre, y le mostré cómo se había sentido culpable de la muerte de su padre -enamorado a quien deseaba matar y a quien pensó que había matado porque la había rechazado. Le dije también que su locura presente a la manera de Ofelia era *una* negación de sus sentimientos acerca de esta muerte y una tentativa de poner en mí estos sentimientos. A medida que iba interpretando, se acostó en el diván, dejando caer su cabeza afuera. Dije que estaba representando el suicidio de Ofelia y mostrándome que no podía admitir sus sentimientos acerca de la muerte de su padre, porque la culpa y el desamparo que le provocaba la llevarían, como él, al suicidio. Pero no estuvo de acuerdo con eso, y dijo que la muerte de Ofelia no era un suicidio. “Ella era irresponsable, como un niño, no conocía la diferencia. La realidad no existía para ella, la muerte no tenía ningún significado”.

La interpreté entonces como el ubicar en mí la parte de ella capaz de vivenciar el hecho de la muerte de su padre y la realidad de sus propios sentimientos y de su propia culpa, tuvo como resultado la pérdida de su sentido de la realidad, de su salud. Entonces ella se volvió una persona que ya “no conocía la diferencia”.

Vino al día siguiente muy alucinada y perseguida, externamente e internamente. Tenía evidentes alucinaciones displacientes y también se apartaba de mí en una forma enojada y aterrorizada. Hacía una cantidad de muecas, murmullos, mordeduras. Empezó otra vez a sacar hilos y a romperlos. Le recordé su sesión anterior y cómo trataba de librarse de sus sentimientos penosos poniéndolos en mí. Llamé su atención sobre el romper los hilos, y le dije que, al librarse de estos sentimientos penosos sentía que estaba tratando de romper su salud y de librarse de ella. Al mismo tiempo sentía que yo me había vuelto un perseguidor porque había puesto en mí sus sentimientos

---

<sup>2</sup> Es la dispersión de sus propios sentimientos y la disociación del analista en una multitud de personas: el auditorio es un ejemplo de las partes disociadas diminutas del yo y del objeto descritas por Wilfred Bion en el congreso de 1955 en su trabajo sobre “La diferenciación entre la personalidad psicótica y la no-psicótica”.

penosos y sentía que al interpretar estaba tratando de ponerlos otra vez en ella y de perseguirla con ellos.

El día siguiente que vino, parecía triste y tranquila. Comenzó otra vez sacando hilos del diván, pero, en vez de romperlos por completo, los entrelazaba. Cuando hice alguna referencia a sus sentimientos a la manera de Ofelia, me dijo: “Sabe Ud., cuando Ofelia estaba juntando flores, no era todo locura, como decía Ud. Había también muchas cosas más. Lo que era insoportable era el entretejimiento”. Yo dije: “¿El entretejimiento de la locura y de la salud?” Contestó: “Sí; eso es lo intolerable”. Le dije entonces que mis interpretaciones sobre la manera en que trataba de poner su salud en mí le hacían sentir que había recuperado la parte sana de ella misma, pero que sentía que era insoportable porque ahora esta parte sana de ella podía apreciar y sentir el desamparo acerca de la desintegración del resto de ella. En la sesión precedente, había tratado de convertirme en la parte sana de ella misma, desesperada por la locura de la paciente. Le hice notar como entretejía los hilos que arrancaba, marqué el contraste con la sesión anterior, donde rompía los hilos. Le interpreté que el romper los hilos representaba el romper su salud porque no podía soportar el desamparo, la tristeza y la culpa que la salud parecía implicar para ella.

En la sesión siguiente, me miró con mucho cuidado y dijo:

“¿Sonríe o ríe Ud. alguna vez? Mi mamá dice que no se la puede imaginar haciendo cualquiera de estas dos cosas”. Le hice notar cuantas risas y risitas burlonas había hecho durante las últimas semanas y que ella sentía que me había robado todas mis sonrisas y mis risas y puesto en mí toda su depresión y su culpa, transformándose así en la parte triste de ella misma, pero que haciéndolo me había transformado también en un perseguidor porque sentía que estaba tratando de empujar de vuelta en ella esta tristeza indeseable; así no podía experimentar su culpa o su tristeza como suyas, sino como algo puesto a fuerza en ella por mí a título de venganza y castigo. Sentía que yo había perdido mi risa, pero ella había perdido el significado y la comprensión de la tristeza.

En las sesiones de febrero se podía ver la aparición de depresión siguiendo el análisis de las fantasías vampíricas de la paciente. En las sesiones que describo ahora, en el comportamiento a la manera de Ofelia que tenía la paciente, observé primero la depresión en forma proyectada: ella suponía evidentemente que yo estaba triste y deprimida. La paciente misma se dio cuenta de su depresión recién después de interpretaciones que restablecieron la comunicación con esta parte proyectada de ella misma. Hay otras diferencias importantes entre las dos series de sesiones. En febrero, la paciente estaba preocupada sobre todo con la relación alimenticia primitiva con el pecho, y la depresión, cuando emergía, tenía un carácter violento y despiadado. Las emociones proyectadas sobre el analista eran brutales y primitivas: amor y voracidad orales, celos violentos, rabia seguida de culpa y desesperación. En las sesiones de octubre, estaba tratando con problemas de un estadio ulterior del desarrollo y más relacionados con el complejo de Edipo genital. De acuerdo con eso, los sentimientos proyectados eran más complejos, menos primitivos y más finamente matizados, incluyendo no sólo la rabia, la culpa y la desesperación, sino también la tristeza, la pena, la congoja. Los puntos de semejanza de ambas situaciones, sin embargo, eran importantes — cada vez que la paciente podía ser conectada con su depresión emergente, se volvía más comunicativa, y siempre de la misma manera, la salud mental y los sentimientos depresivos volviendo a su yo juntos. Cada vez que los sentimientos depresivos se hacían intolerables, se producía la re-proyección, con la correspondiente pérdida del sentido de la realidad, el retorno de la conducta insana, y el incremento de los sentimientos de persecución.

## **Conclusión**

He tratado de mostrar en estos ejemplos la aparición de sentimientos depresivos en una paciente esquizofrénica, y el uso que hacía de la identificación proyectiva como defensa contra la depresión. El análisis de las angustias persecutorias y de las defensas esquizoides en la transferencia lleva a una mayor integración del yo y del objeto. Cuando esto ocurre la paciente se vuelve más sana, y empieza a enfrentar la realidad de sus impulsos, sus sentimientos depresivos, la culpa y la necesidad de reparación, al mismo tiempo que el hecho de su propia locura. Para el esquizofrénico, la culpa y la desesperación de esta situación son intolerables, y por esto los pasos que el paciente adelanta hacia la salud mental deben ser regresados. <sup>(3)</sup> El paciente proyecta inmediatamente la parte reprimida del yo sobre el analista. Esto constituye una reacción terapéutica negativa. La parte más sana del yo se ha perdido y el analista se vuelve otra vez perseguidor, ya que se siente que contiene la parte deprimida del yo del paciente y que quiere devolver la depresión rechazada al paciente. Para controlar esta reacción terapéutica negativa y hacer al paciente capaz de recuperar, retener y reforzar la parte sana de la personalidad, el proceso total de la aparición de la depresión y de su proyección ha de ser seguido de cerca en la transferencia.

Traducido por **WILLY BARANGER.**

---

<sup>3</sup> No me propongo discutir en este trabajo los motivos por los cuales la posición depresiva es tan insoportable para estos pacientes. Las “Notas sobre el conflicto del superyó en un esquizofrénico agudo” (Int. J. Psycho-Anal., 33, 1952), de Herbert Rosenfeld, arrojan alguna luz sobre este problema.