



## Nota sobre la psicopatología de los estados confusionales en esquizofrenias crónicas (1)

Herbert Rosenfeld  
Londres

### I — INTRODUCCION

En el curso de los últimos diez años traté por medio del psicoanálisis varios pacientes esquizofrénicos, algunos de ellos de muy larga data. Mi propósito era no solamente obtener resultados terapéuticos sino descubrir algo más de la psicopatología de este grupo patológico. Para lograr este propósito adherí a la situación analítica regular, desviándome lo menos posible de la técnica empleada en el tratamiento de pacientes neuróticos pues creía, y creo aún, que sólo en esta forma es posible ampliar nuestro conocimiento de la psicopatología de la esquizofrenia.

Este trabajo trata de la psicopatología de los estados confusionales que pude investigar en el transcurso del análisis de pacientes esquizofrénicos crónicos. Los sentimientos de confusión forman parte del desarrollo normal (2) y constituyen un

---

<sup>1</sup> Trabajo leído en el XVI Congreso Internacional de Psicoanálisis de Zurich, agosto de 1949, y publicado en *The International Journal of Psycho-Analysis*; tomo XXXI, partes N° 1 y 2, 1950.

<sup>2</sup> Podemos suponer que en la más temprana infancia, el niño vive en un estado de no-integración (Winnicott, 1945) en el cual la percepción es incompleta y los estímulos externos e internos, los objetos externos e internos y las partes del cuerpo pueden a menudo no ser diferenciados. Esta confusión debida a la no-integración es normal y desaparece gradualmente durante el desarrollo. Debemos también tener presente que

rasgo corriente en muchos estados patológicos. Pero en el proceso esquizofrénico los estados confusionales graves parecen desempeñar un papel importante; también noté que el estado confusional era seguido ya de un progreso, ya de un desmejoramiento del estado de mis pacientes.

Emplearé el material de un paciente esquizo-paranoico crónico para ilustrar mis puntos de vista. Se trata de un pintor de cuarenta años de edad (en 1948), homosexual manifiesto. <sup>(3)</sup> A partir de 1933 había desarrollado delirio de referencia y persecución. En 1946 había iniciado el tratamiento analítico con un colega masculino, experimentando una rápida mejoría. A los tres meses se produjo un cambio súbito en su estado. Abandonó el tratamiento, empezando al *poco* tiempo a actuar como si hubiera sido una joven prostituta homosexual. A veces hacía creer a sí mismo y a los demás que era obrero agrícola. Trataba de eliminar totalmente de su memoria y de su personalidad el hecho de que era pintor. Cuando, más adelante, empezó a oír voces, éstas discutían entre otras cosas su edad y sus distintas personas, en particular si era una prostituta o un pintor. Este estado en el que oía voces y confundía realidad y fantasía se hizo tan serio que' debió ingresar a un hospital para enfermos mentales, en el verano de 1947, permaneciendo allí tres meses. En marzo de 1948 inició el tratamiento conmigo, en mi consultorio.

Expondré ahora algunos conceptos con que se relacionan mis observaciones. Melanie Klein <sup>(4)</sup> descubrió cómo el niño a partir de la más temprana infancia proyecta sus pulsiones libidinales en un pecho que siente ser bueno, y sus pulsiones agresivas en un pecho que siente ser malo. El pecho bueno y el pecho malo son introyectados y el lactante los siente como estando a la vez fuera y dentro de él. El pecho bueno constituye el prototipo de todos los objetos buenos ulteriores mientras que el pecho malo, sentido como perseguidor, constituye el prototipo de todos los objetos perseguidores subsiguientes, como ser los excrementos malos, el pene malo y así sucesivamente. Durante los primerísimos meses de vida, que

---

todo progreso en el desarrollo pude conducir momentáneamente a cierta confusión hasta tanto se produzca un nuevo ajuste.

<sup>3</sup> En un trabajo anterior (1949) expuse más detalladamente la historia de este paciente. Aquí sólo agregaré que éste fue destetado a los quince días y que al principio la alimentación con biberón presentó dificultades.

<sup>4</sup> Ver en particular Melanie Klein (1935, 1946, 1948).

constituyen lo que Melanie Klein denomina posición paranoide, el lactante mantiene separados entre sí el pecho bueno y el pecho malo. Ocasionalmente se presentan estados de integración, cuando el amor y el odio llegan a ser vivenciados hacia un único y mismo pecho, las pulsiones constructivas atenuando y controlando las pulsiones destructivas.

Deseo agregar algunas observaciones experimentales a los mencionados conceptos, y sugiero que bajo determinadas condiciones externas e internas, si llegan a predominar momentáneamente las pulsiones agresivas, pueden surgir estados en los que las pulsiones de amor y odio así como los objetos buenos y malos no logran ser mantenidos separados y son por lo tanto sentidos como mezclados o confundidos. Estos estados confusionales infantiles sin estados de desintegración y se relacionan con los estados **confusionales esquizofrénicos de los adultos** que describo en este trabajo. El estado confusional se halla asociado a una angustia extrema porque, al confundirse las pulsiones libidinales y destructivas, estas últimas parecen amenazar con destruir las primeras. Por lo tanto la persona entera se halla en peligro de destrucción. El único escape a este peligro radica en la capacidad para diferenciar entre el amor y el odio. De no lograrse la diferenciación normal, son reforzados los mecanismos de disociación. (5)

---

<sup>5</sup> En este trabajo concentro mis observaciones principalmente en la confusión de las pulsiones agresivas y libidinales. Sólo señalo la confusión entre las diferentes partes del cuerpo y la confusión entre fantasía y realidad. No expongo en este trabajo la confusión surgida a través de la proyección del yo o de partes solamente del yo en otros objetos, la que constituye un factor importante de la frecuente pérdida de identidad en los esquizofrénicos. En 1949 expuse el caso de un paciente paranoico (Caso C) quien tenía suma dificultad en diferenciarse de su analista. Por ejemplo tuvo un sueño donde un profesor alemán, montado en una motocicleta, trataba de dividirse a sí mismo en dos, chocando contra un poste de barrera. El análisis mostró que la tentativa de dividirse en dos era efectuada para escapar al estado de confusión causado por el sentimiento del paciente de estar completamente mezclado con la personalidad del analista. (El analista era de origen germano y el paciente acababa de solicitar una cátedra).

## II — CONFUSION DE PULSIONES

Trataré en primer lugar de ilustrar lo que entiendo por confusión de pulsiones. A menudo hallamos en los esquizofrénicos una confusión de pulsiones y objetos que hace surgir no un estado confusional agudo sino una confusión de carácter más crónica, que puede manifestarse por trastornos del lenguaje, trastornos locomotores o inhibiciones serias de otras actividades.

Cuando este paciente empezó el tratamiento conmigo estaba totalmente inhibido en sus actividades artísticas. Después de algún tiempo admitió que achacaba a su primer análisis la culpa de esta dificultad, muy penosa para él. Me explicó que al principio de su primer análisis había empezado a pintar más. El analista, al comentar los colores sombríos de algunos cuadros que le había mostrado, los relacionó en sus interpretaciones con la preocupación del paciente por las heces y su deseo de embadurnar con ellas. El paciente pensaba que a raíz de esta interpretación habíase vuelto poco a poco incapaz de pintar

Quiero explicar aquí porqué incluyo en este trabajo varias manifestaciones del paciente acerca de su análisis anterior, a pesar de que es totalmente imposible saber si el primer analista había interpretado exactamente en la forma que le atribuía el paciente. Algunas de estas interpretaciones parecen muy plausibles pero sugiero que eran inexactas en un sentido similar al que Glover da a este término en su trabajo sobre el efecto terapéutico de las interpretaciones inexactas. <sup>(6)</sup> En el caso de mi paciente sin embargo no había efecto terapéutico causado por una interpretación inexacta; por lo contrario, se sentía intensamente perseguido por ella. En el tratamiento conmigo, el paciente me puso a prueba *una* y otra vez para *ver si yo haría interpretaciones* similares a las del primer analista, de manera pues que debí volver repetidas veces sobre ciertas interpretaciones que el paciente atribuía al primer análisis y tratar de comprender porqué las sentía él tan peligrosas.

Muy al principio del análisis de este paciente conmigo, me impresionaron sus fuertes pulsiones constructivas asociadas con fantasías sobre las heces. Por

---

<sup>6</sup> En su trabajo, Glover (1931) expone lo que entiendo por interpretaciones “inexactas”. Sugiere que el interpretar fantasías genitales sin tratar de descubrir las fantasías anales, constituirla una interpretación “inexacta”. En el caso de mi paciente, el interpretar su preocupación por las heces simplemente como una actividad autoerótica sin tratar de descubrir las fantasías anales libidinales y agresivas relacionadas con los objetos, constituirla una interpretación inexacta.

ejemplo, estudiaba varios tipos de abonos para mejorar la tierra de su jardín. El jardín y la tierra eran claros símbolos de su madre, a la que había atacado y herido en la realidad y en su imaginación y había querido restaurar. En los sueños y asociaciones, las pulsiones agresivas relacionadas con las fantasías de heces malas y envenenadas estaban continuamente confundidas con fantasías libidinales acerca de heces buenas. Tan pronto como el paciente, ayudado por las interpretaciones del analista, pudo diferenciar las fantasías y símbolos de heces buenas y malas, y las pulsiones libidinales y agresivas relacionadas con aquellos, comenzó a pintar de nuevo. La inhibición parecía deberse a la confusión en sus fantasías de heces buenas y malas y de pulsiones libidinales y agresivas. Sus críticas del primer analista por haber provocado su inhibición para pintar, significaban que lo acusaba de no haber diferenciado en sus interpretaciones las heces buenas de las malas, lo que equivalía a mezclar y confundir las heces buenas y malas y las pulsiones relacionadas con ellas en la mente del paciente. Volveré más adelante sobre esta acusación contra el analista a propósito de un sueño.

### **III — EL MECANISMO DISOCIATIVO ACTUANDO COMO DEFENSA CONTRA EL ESTADO CONFUSIONAL**

Explicué más arriba que si la diferenciación normal entre objetos buenos y malos así como entre pulsiones libidinales y agresivas no se logra, son reforzados los mecanismos disociativos. Por ejemplo, como resultado de la confusión entre el pecho bueno y el pecho malo, la fantasía de pecho bueno puede ser proyectada hacia afuera y el pecho malo perseguidor fantaseado, identificado con heces malas, puede ser guardado enteramente dentro del paciente. Este mecanismo fue utilizado por mi paciente para escapar a un estado confusional, que trataré ahora de exponer. Este estado se produjo durante un espectáculo de variedades. Finalizado éste, el paciente tuvo un sentimiento de irrealidad y se sintió perseguido por sus voces. Dos comediantes se hallaban sobre el escenario y uno de ellos simulaba ser presa de intenso cólico. Se agarraba el vientre y corría por el escenario, buscando obviamente oportunidad de aliviarse. Entró entonces en una pequeña cabaña que representaba un retrete. Se oyeron ruidos anales provenientes de allí. Al reaparecer a la vista, el comediante agitaba triunfalmente un gran trozo de ruibarbo que llevaba en la mano, gritando:

“Salvé el ruibarbo”. En ese instante el paciente se sintió completamente confundido y, al contarme por primera vez el espectáculo, me dijo “que no había comprendido el chiste, pues la pequeña choza en el escenario debía ser una cocina: no podía ser otra cosa”. Con frecuencia el paciente había tenido sueños donde alimentos y heces estaban confundidos con boca y ano. La escena había aumentado su confusión entre objetos parciales, especialmente el pecho bueno interno y las heces malas. A fin de separar nuevamente el pecho bueno de las deposiciones malas, había proyectado al exterior el pecho bueno, lo que causó la ilusión de una cocina, pero produciéndole al mismo tiempo un sentimiento de irrealidad; la existencia del retrete, relacionada con las heces malas, debía ser negada en la realidad externa, pero su sentido interno de persecución y sus voces perseguidoras (relacionadas aquí con las heces malas) se hicieron más fuertes.

#### IV — CONFUSION DE PARTES DEL YO

Describiré ahora un sueño donde vemos que dos partes del yo del paciente fueron confundidas. En la época de este sueño el paciente se hallaba en un estado de angustia y confusión porque estaba convencido de que otro hombre, sumamente egoísta, ávido y tiránico, trataba de dominarlo y destruirlo.

En este sueño el paciente se encontraba en un recinto, observando varias langostas de mar que yacían unas al lado de otras. De repente, una de las langostas trepó sobre otra y la tragó completamente. Al poco rato el paciente vio un objeto absolutamente horrible, parecido a un esqueleto o a los huesos de un tórax, corriendo sobre el piso. Pensó que aquella “criatura” era las dos langostas y le dio caza para matarla. Sentía tener que matarla, pero también pensaba que era insoportablemente horrible.

Las langostas de mar hacían recordar al paciente a sí mismo, pues a menudo se había identificado con una langosta de mar anteriormente. A través de otras asociaciones, comenzamos a darnos cuenta de que el hombre por quien se sentía perseguido en aquel entonces representaba una parte de su propia persona, identificada con pulsiones oral-sádicas. Su angustia y confusión eran debidas al sentimiento de que su persona mala estaba devorando una parte buena de sí mismo, identificada con pulsiones libidinales. La tentativa de matar a la criatura en el sueño representa un mecanismo disociativo esquizoide, por el que las partes de su persona irremediamente mezcladas son eliminadas. Otras asociaciones revelaron que los trozos de tórax se referían no sólo a partes de su persona sino a un objeto, es decir, el pecho, que el paciente siente haber incorporado y destruido en sus fantasías oral-sádicas. Hay por lo tanto otra razón para que la “criatura” fuera tan insoportablemente horrible, pues el pecho destruido es en efecto sentido como un perseguidor interno. Al analizar procesos de disociación del yo, es frecuente darse cuenta que las distintas partes del yo disociadas son identificadas con objetos introyectados buenos o malos. (7)

---

<sup>7</sup> Por más detalles sobre los mecanismos disociativos, ver Klein (1946) y Rosenfeld (1947).

## V — ESTADO CONFUSIONAL QUE SURGE EN UNA TENTATIVA DE CURACION

Haré ahora algunas sugerencias acerca de cómo un estado confusional agudo puede surgir en una tentativa de curación. Recordaré que Freud (1911, 1924) <sup>(8)</sup> sugiere que varios síntomas esquizoides constituyen tentativas de curación, concepto que vi confirmado repetidas veces. Ninguno de los estados confusionales que describo (el sueño de las langostas de mar y el espectáculo de variedades) se aclaró mediante la mayor capacitación del paciente para establecer la diferencia entre sus pulsiones libidinales y agresivas, sino mediante el fortalecimiento de los mecanismos disociativos. Esto implica que existió un desmejoramiento momentáneo del estado del paciente porque si los mecanismos disociativos se fortalecen, aunque desaparezca el estado confusional, se intensifican los procesos de desintegración del yo. Al principio del tratamiento, debí por lo tanto concentrarme en el análisis de los procesos disociativos, que no puedo ahora exponer más detalladamente.

Cada vez que se debilitan los procesos disociativos, ya sea espontáneamente o mediante el análisis, las pulsiones libidinales y las pulsiones agresivas se hacen más activas. Las pulsiones libidinales ayudan al yo en su lucha por una mejor integración y por la síntesis de sus objetos internos. De ser exitosos estos procesos, el resultado sería la curación. Sin embargo, en los momentos en que hay acercamiento de las pulsiones libidinales y agresivas, surge el peligro particular de un estado confusional agudo, porque las pulsiones agresivas pueden predominar y submergir las pulsiones libidinales y el yo.

Existen dos razones principales para que predominen las pulsiones agresivas cuando progresa el análisis en pacientes esquizofrénicos.

En primer lugar, una gran cantidad de energía agresiva es utilizada en mantener los procesos disociativos. Al debilitarse éstos, la energía agresiva es liberada y puede temporariamente ser excesiva.

---

<sup>8</sup> Freud (1911) dice a propósito del caso Schreber: “El sistema delirante que consideramos un producto patológico, es en realidad una tentativa de curación, un proceso de reconstrucción.”

En su trabajo *Neurosis y Psicosis* (1924) dice: “En la descripción clínica de las psicosis, a menudo las manifestaciones de procesos patogénicos son oscurecidas por aquellas que resultan de una tentativa de curación o reconstrucción”



En segundo lugar, con la disminución de los procesos disociativos, las pulsiones libidinales son liberadas y buscan satisfacción inmediata. La frustración de estas pulsiones libidinales también contribuye al fortalecimiento de las pulsiones agresivas.

Trataré de aclarar este problema exponiendo algunos sueños de una etapa posterior del tratamiento de este paciente. En aquella época hacía firmes progresos. En determinado momento del análisis de estos sueños pareció ser momentáneamente submergido por sus pulsiones agresivas y apuntó el peligro de recurrencia del estado esquizofrénico agudo sufrido tres años antes. Estos sueños nos ayudaron a comprender y prevenir el desastre que amenazaba.

Primeramente soñó que todas las Navidades estaban ligadas y que estrechaba la mano de una mujer que padecía su misma enfermedad, es decir, la esquizofrenia. En el segundo sueño, una mujer estaba hirviendo y mezclando heces viejas y nuevas en una cacerola. El paciente se preguntaba si podría él distinguir las distintas heces. El análisis de estos sueños prosiguió durante varias semanas. En su primer asociación relacionada con el sueño de Navidad hizo una descripción de lo que llamaba su “año de locura”. Nos dimos cuenta entonces de que el período en que se comportaba como una prostituta homosexual estaba ligado a determinada época de su infancia en la que la relación con los padres era buena, y a una etapa de la adolescencia en que los despreciaba. Más adelante él sugirió que en su imaginación había transformado a sus padres en gentes sencillas del campo. En su opinión, esas gentes llevaban una vida sexual libre. Al mismo tiempo, en esta forma se burlaba del snobismo de sus padres. El estrechar la mano de la mujer paranoide era un gesto amigable hacia ella, pero al mismo tiempo significaba que había hecho de ella una enferma como él, poniendo en ella su propia enfermedad. En todas estas asociaciones están activas las pulsiones libidinales y agresivas pero el paciente las diferencia claramente. Retorna a aquellas épocas de su vida en que su actitud hacia sus padres era amigable y a aquellas en que era agresivo hacia ellos. Permite que sus padres tengan una vida sexual libre, pero al mismo tiempo los humilla y se burla de ellos al transformarlos en campesinos. <sup>(9)</sup> Se interesa por una mujer enferma, pero agrega su propia enfermedad a la de ella al hacerla una con él.

---

<sup>9</sup> De hecho, muchos de los delirios y voces del paciente estaban relacionados con esas gentes del campo.

Volvamos ahora al sueño de la mujer que hacía hervir heces. La mezcla de heces en una cacerola significa que las heces son tratadas como si fueran alimento. El paciente piensa primero en su anterior análisis. Sugiere que el primer analista había a menudo interpretado su preocupación por el pecho, partes de sí mismo y heces, simplemente como una preocupación por las heces. Criticaba al analista por haber en esta forma mezclado comida y heces y haberlo alimentado con esa mezcla. En el sueño el paciente trata de distinguir las heces nuevas y viejas que está mezclando la mujer. Esto indica un progreso bien definido. Durante el primer análisis y al principio del tratamiento conmigo, el paciente tragaba por así decir cualquier interpretación que se le daba. Nunca había la menor crítica por parte suya. Ahora su capacidad para criticar empieza a desarrollarse, según aparece en este sueño.

La sesión fue seguida de un fin de semana donde tuvo un sueño en el que su madre estaba borracha y peleaba con su padre. En la segunda parte de este sueño aparecía una mujer colgando de una cuerda alrededor del cuello, en un retrete, y él corría a salvarla. En la realidad su madre jamás bebe demasiado mientras que él, a veces, lo hace con exceso, de manera pues que ha proyectado agresivamente su persona mala dentro de su madre, la hace suicidarse y luego trata de salvar a ambos. Al principio se negó a asociar, diciendo que no valía la pena analizar ese sueño porque había realmente vivido ese sueño. Puesto que en él había matado a su madre y se había matado, la afirmación de que lo había vivido significaba que estaba perdiendo el control de sus pulsiones agresivas y que sentía que la muerte de su madre y la suya se iban haciendo reales. De ser esto cierto, ya no valía la pena analizar el sueño porque la tentativa de curación, el rescate de la mujer en el sueño, estaban condenados al fracaso. Hacia el final de la sesión, volvió el sueño de la Navidad. Dijo: "Se reciben regalos en Navidad, sus interpretaciones para mí son regalos, pero como Ud. hace esto todos los días, el tiempo queda eliminado, de modo que hay en realidad una sola Navidad, y todas las Navidades son una; por eso estaban todas juntas en el sueño". Agregó que durante la Navidad que siguió al fin de su análisis anterior, estaba completamente loco y que había hablado asociando libremente.

Aquí el paciente confundía regalos y locura e indicaba que no podía distinguir si yo lo enloquecía o lo hacía mejorar. La observación acerca de las asociaciones libres y de su locura parece relacionarse con el análisis anterior, que confundía con

el actual. Interpreté que él sentía que su análisis anterior lo había enloquecido y que en ese momento, a pesar del mayor insight actual, me transformaba agresivamente en la mujer que hervía deposiciones en una cacerola y me confundía con su yo malo, su madre mala y su análisis anterior que significaba locura. A consecuencia de ello estaba empezando a confundir la fantasía y la realidad, las situaciones pasadas y presentes y todo parecía transformarse en una sola cosa. El paciente replicó que por la mañana había pensado que estaba viendo al anterior analista en todas partes: en los trenes, en los autobuses y en la calle, y había tenido miedo de enloquecer nuevamente.

El ulterior análisis de este estado confusional reveló un ataque oral-sádico y anal hacia su madre y su pecho, durante el cual ella era tragada, desmenuzada y mezclada con heces. El paciente trataba de restaurar la madre destruida y su pecho, y las partes del yo mezcladas con ellos; pero agobiadoras pulsiones agresivas interferían continuamente, impidiendo la reparación. Fuertes angustias paranoides se relacionaban con esta situación porque el pecho destruido mezclado con heces malas se había transformado en un perseguidor interno, que atacaba y confundía al paciente desde adentro. Esto uníase a angustias relacionadas con la madre real, a sus tempranas dificultades en la alimentación y a las angustias del aprendizaje de la limpieza.

Estos factores eran importantes para el manejo de la situación de transferencia analítica. El paciente consideraba cualquier interpretación inexacta <sup>(10)</sup> por parte del analista, como prueba de que su ataque contra éste había tenido éxito. El analista era sentido como destruido y transformado en perseguidor. El paciente temía que, a manera de retaliación, el analista, sádicamente, uniera confundiéndonos su mente, su yo y los objetos, lo que significaba que iba a enloquecerlo. Es posible que en caso de ser erradas e inexactas varias interpretaciones del analista, la fantasía del paciente de que su analista lo persigue se vuelva completamente real y que sean activados los procesos persecutorios y confusionales. Esta puede ser una de las formas en que un estado confusional esquizofrénico agudo se manifieste en el análisis. Durante y luego del análisis de estos dos sueños, retrocedieron los estados confusionales y en que oía voces y mejoró su contacto general con la realidad.

---

<sup>10</sup> Ver Edward Glover (1931).



## VI — CONCLUSIONES Y RESUMEN

Resumiré brevemente los principales puntos que traté de presentar en este trabajo. Al observar estados confusionales en el transcurso del análisis de pacientes esquizofrénicos crónicos, me impresionó especialmente el hecho de que estos pacientes eran incapaces de distinguir entre sus pulsiones libidinales y agresivas, y sus objetos buenos y malos. Sentían que sus pulsiones y objetos se hallaban en un estado de confusión. También el yo estaba involucrado en este estado de confusión, lo que traté de ilustrar mediante un sueño de mi paciente donde la confusión de dos partes del yo era representada bajo forma de una parte de la persona tragando a la otra, de manera que resultaba imposible distinguir las una de otra.

Además pude observar dos maneras de sobreponerse al estado confusional. En la primera, el yo recupera el poder de diferenciar las pulsiones libidinales y agresivas, de lo que resulta una mejor integración y un progreso clínico. En la segunda, fracasa la diferenciación normal entre las pulsiones agresivas y libidinales y subsiguientemente aparecen nuevos mecanismos disociativos o se refuerzan las tendencias disociativas existentes. Di dos ejemplos que ilustran los mecanismos disociativos subsiguientes a la confusión. Una vez activada la disociación, desaparecen la angustia y la confusión, pero del punto de vista clínico existe un desmejoramiento del estado del paciente, puesto que la disociación causa la desintegración progresiva del yo. El estado confusional es propenso a presentarse cuando disminuyen los procesos disociativos, ya sea espontáneamente, ya por obra del análisis; las pulsiones libidinales y agresivas se hacen más activas pues las últimas pueden predominar momentáneamente e interferir en la tentativa de curación.

Expondré brevemente mi hipótesis acerca del estado confusional que puede presentarse al fracasar la tentativa de curación.

Melanie Klein mostró que la disociación de los objetos y del yo es característica de la posición paranoide, mientras que la posición depresiva es introducida a través de un debilitamiento de los procesos disociativos que permite el acercamiento de las pulsiones libidinales y agresivas. En esta forma las pulsiones libidinales ayudan a modificar y controlar el peligro que representan las pulsiones agresivas y pueden comenzar a desarrollarse los sentimientos de reparación.

Cuando un paciente esquizofrénico progresa, muéstranse más abiertamente sus tendencias reparativas. Sus pulsiones libidinales se van relacionando con fantasías de reparar su yo y sus objetos externos e internos que había atacado y destruido en sus fantasías agresivas y que él siente despedazados. En caso de tentativa de curación exitosa, las pulsiones libidinales, relacionando correctamente entre sí los distintos pedazos, logran la restauración del yo y de sus objetos.

No obstante, si llegan a predominar momentáneamente las pulsiones agresivas, el proceso de reparación puede ser interferido en una forma particular. Las pulsiones libidinales logran reunir los pedazos de los objetos y del yo, pero las pulsiones agresivas impiden que esos pedazos sean ordenados y unidos correctamente. En el peor de los casos los objetos y el yo son reunidos, pero en forma totalmente desordenada y defectuosa. El resultado es un estado confusional que puede ser descrito por el mismo paciente, o diagnosticado por un observador únicamente, quien halla al paciente confundido, desorientado y carente de insight.

Traté de ilustrar este proceso reparativo defectuoso y las graves angustias persecutorias relacionadas con él en mi paciente esquizofrénico. El análisis pareció haber prevenido la manifestación de un estado confusional agudo, que en ese momento amenazaba con presentarse.

Traducido por PAULETTE MICHON FERRAND

## REFERENCIAS

- BAK, ROBERT** (1943). — “Dissolution of the Ego, Mannerisms and Delusion of Grandeur. Theory of Schizophrenic Process”. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 98, 5, 457.
- FREUD S.** (1911). — (Trad. 1925). “Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito”.
- FREUD, S.** (1924). — “Neurosis y Psicosis”.
- KLEIN, M.** (1935). — “Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos”. *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, 1947/IV-3 pp. 508-539.
- KLEIN, M.** (1946). — “Notas sobre algunos mecanismos esquizoides”. *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, 1948/VI-1 pp. 82 - 113.
- KLEIN, M.** (1948). — *The Psychoanalysis of Children*. (Trad. 1932). Prefacio de la tercera edición, p. 11.
- KLEIN, M.** (1948). — “A Contribution to the Theory of Anxiety and Guilt”. *Int. J.*

*Psycho-Anal.*, 29, 114.

**GLOVER, EDWARD** (1931). — “The Therapeutic Effect of Inexact Interpretation: A Contribution to the Theory of Suggestion”. *Int. J. Psycho-Anal.*, 12, 397.

**ROSENFELD, HERBERT** (1947). — “Analysis of a Schizophrenic State with Depersonalization”. *Int. J. Psycho-Anal.*, 28, 130.

**ROSENFELD, HERBERT** (1949). — “Remarks on the Relation of Male Homosexuality to Paranoia, Paranoid Anxiety and Narcissism”. *Int. J. Psycho-Anal.*, 30, 36.

