

## **El desarrollo del Pensamiento Freudiano concerniente a la génesis y el tratamiento de la Esquizofrenia(\*)**

*L. Bryce Boyer*  
(San Francisco)

### **Sumario**

Este capítulo ha delineado el desarrollo del pensamiento freudiano concerniente a la psicopatología de las psicosis, compendiado por las esquizofrenias. Este desarrollo puede ser dividido en tres fases: (1) Durante el período en el cual Freud estaba tanteando el problema de si los estados psicopatológicos podían ser razonablemente atribuidos solamente a causas orgánicas o sus orígenes podían ser rastreados puramente en base a causas psicogénicas, él aparentemente llegó a la conclusión, aunque nunca lo estableció específicamente, que algunos trastornos psíquicos tenían sus causas hereditarias, constitucionales y/o factores degenerativos y que la génesis de otros estados podía ser adscripta a conflictos entre fuerzas instintivas y los agentes de socialización. La terapia psicoanalítica era considerada potencialmente beneficiosa para los desórdenes del segundo grupo. (2) Freud luego desarrolló la teoría de la libido dentro del marco de la hipótesis topográfica. En la conste—ladón de estas postulaciones, desarrollé las formulaciones concernientes a las psicosis: en la psicosis hay una total decaxia del investimento libidinal de las representaciones mentales de los objetos del mundo externo y una adherencia de esta libido objetal decalectizada en el self. Si la anteriormente considerada libido objetal, invertía el yo del sujeto, éste se convertía en megalómano. Si era adherida o invertía al cuerpo resultaba una hipocondría. Luego de la regresión a tal faz narcisista, el psicótico gradualmente recatectiza las representaciones mentales de los objetos externos de una manera distorsionada, generalmente por vía de las alucinaciones y el delirio en una fase reitutiva. Las implicancias de esta formulación fueron que la terapia psicoanalítica de la psicosis fuera contraindicada, debido a que, como resultado de un total retraimiento de las catexias libidinales, el desarrollo de la transferencia era o imposible o demasiado débil para permitir una relación suficientemente duradera con el terapeuta. (3) Posteriormente las observaciones clínicas llevaron a Freud a revisar sus ideas concernientes a la naturaleza del aparato mental y a desarrollar una hipótesis estructural con las correspondientes modificaciones de las teorías de los instintos y de la angustia, y buscó aproximar su teoría concerniente a las psicosis en consonancia con sus nuevos puntos de vista profundamente modificados. Aunque en sus últimos escritos había captado que en las esquizofrenias el retraimiento total de las catexias instintivas no tiene lugar, nunca abandonó su primitiva teoría de las psicosis.

Traducido por José Luis Brum

---

\* Este artículo es el capítulo segundo de 'Tratamiento psicoanalítico de la esquizofrenia y trastornos caracterológicos', de L. Bryce Boyer y Peter L. Giovacchini. Nueva York: Editorial Science House. 1967.

**Descriptores: ESQUIZOFRENIA / TRANSFERENCIA / NARCISISMO / PSICOSIS / LIBIDO / TRATAMIENTO PSICOANALITICO / CONTRAINDICACIONES.**

A Freud le fue enseñado que los estados psicopatológicos eran el resultado de condiciones neuropatológicas, que a su vez, podían atribuirse a herencia, constitución y/o estados degenerativos. Sus tempranos intereses científicos se dirigieron a<sup>1</sup> campo de la biología, histología y neurología. Obtuvo su título de médico en la esperanza de que esto le reportara una mejor oportunidad para obtener de la universidad un nombramiento que le permitiera continuar sus estudios en estos campos. Luego de recibir su Doctorado en Medicina en 1881, continuó sus investigaciones en el Laboratorio de Fisiología de Brücke (Jones 1953: 58—77). Deseando ser el sucesor de Brücke y presionado por la falta de dinero Freud se preparó de mala gana para ejercer la medicina, se dedicó a la neurología y fue nombrado en 1884 Privat Docent en neuropatología como resultado de haber escrito seis monografías que abarcaban los campos de la histología, farmacología y medicina (Kris 1954:16).

A pesar de estos intereses primarios, Freud evidenció una curiosidad per se en los fenómenos psicológicos. Como estudiante de medicina tuvo oportunidad de ver una exhibición del magnetista Hansen y “al notar que una persona hipnotizada podía quedar pálida como un muerto se convenció de que los fenómenos hipnóticos eran genuinos” (Jones 1953:235). Conoció a Breuer siendo aún un estudiante y en los años 80 el gran médico contó al joven amigo de su terapia a Ana O. (Kris, 1954:12, caso célebre que condujo a uno de los puntos de partida del psicoanálisis (Breuer y Freud 1895).

Entre 1880 y 1882 trató a una joven que ha sido generalmente considerada como una histeria clásica, aunque Reichard (1956) la ha rediagnosticado como una esquizofrenia. Breuer hipnotizó a Ana O. en períodos de alteración de su personalidad con confusión y encontró que cuando ésta relataba fantasías y simultáneamente liberaba afecte, sus síntomas conversivos desaparecían uno a uno. Breuer llamó a estos estados “hipnoides” y él y Freud los atribuyeron a excitación intracerebral, un concepto que ambos habían aprendido de Brücke. (1)

Probablemente, a través de sus contactos con Breuer, fue que Freud se interesó en a hipnosis, sus efectos e implicancias, lo que lo llevó a hacer uso de una beca para estudiar con Charcot durante cuatro meses en 1885-86. Al volver a Viena dio una conferencia sobre la histeria en el sexo masculino (Freud 1886), pero sus explicaciones psicodélicas cayeron en oídos sordos. Continuó con su investigación de laboratorio, pero también asistía privadamente a pacientes “nerviosos”, fundamentalmente neuróticos. Sus primeros intentos terapéuticos fueron con la electroterapia de Erb, un hecho que Jones (1953:235) atribuye a que Freud permanecía bajo la influencia de Charcot, contraria al método catártico de Breuer. Freud se dedicó a la electroterapia durante algunos meses aunque usaba elementos coadyuvantes como baños y masajes. Jones escribe: “Hizo la cáustica observación de que la única razón por la cual él no podía estar de acuerdo con Moebius en adscribir los resultados del ‘tratamiento eléctrico a la sugestión, era que él no encontraba ningún resultado que explicar”.

---

<sup>1</sup> Las extrapolaciones posteriores de Freud a partir de esta idea le llevaron a ideas referidas a mecanismos de regulación psíquica que pertenecen hoy a los presupuestos fundamentales del psicoanálisis (Berenfeld 1944).

A pesar de sentirse desfraudado de los resultados terapéuticos de los métodos que usaba, y de su contacto con el trabajo de Breuer. Freud no usó la hipnosis en su práctica psiquiátrica hasta el otoño de 1887 (Freud 1887-1902:53, con la Sra. Emy N. Breuer y Freud 1895). La hipnosis le entusiasmaba debido a que vio en ella la posibilidad de “llegar a una teoría puramente psicológica de la histeria’ con los procesos afectivos en primer plano” (Freud 1914, 18). Sin embargo, no podía modificar el estado mental de la mayoría de sus pacientes. En 1889 vio una demostración de Berenheim en la que los pacientes con un estado de sonambulismo inducido por hipnosis sólo aparentemente olvidaban las experiencias vividas durante el estado de sonambulismo. Freud usó la hipnosis durante unos 18 meses pero luego cambió de procedimiento y trabajó con los pacientes en “estado normal”. Al principio les decía que ellos iban a recordar cuando él pusiera su mano en la frente, y aunque encontró que el procedimiento era laborioso e “inadecuado como técnica permanente”, continuó usándolo hasta que estuvo seguro de que los recuerdos olvidados no se habían perdido (Freud 1914:23). Freud veía en la disociación psíquica un efecto del rechazo que primero llamó defensa y luego represión. Gradualmente elaboró las técnicas del psicoanálisis dándose cuenta de los roles de la regresión, de la sexualidad infantil y luego de la transferencia.

### **El desarrollo del pensamiento de Freud en lo concerniente a la esquizofrenia**

No es fácil seguir el desarrollo del pensamiento de Freud con respecto a la esquizofrenia, en parte porque su uso de los términos neurosis y psicosis no estaba claramente definido. Zilboorg (1954) ha sugerido que la aparente “laxitud gnosológica y aun la confusión” freudianas resultan de una indiferencia esencial hacia las entidades diagnósticas. Un ejemplo temprano puede encontrarse en la primera carta de Freud a Wilhelm Fliess, en la cual escribió: “En la neurastenia, un elemento hipocondríaco, una psicosis ansiosa no está nunca ausente (Freud 1887-1902:51). Freud (1911: 75—76), también se refirió directamente a este punto con la siguiente anotación: “No son demasiado importantes los nombres que damos a los cuadros clínicos”. En su último trabajo (Freud 1940:195) escribió: “No es científicamente posible trazar una línea de separación entre lo psicológicamente normal y lo anormal”.

En una parte de la comunicación “Tratando de deslindar un síndrome particular de la neurastenia bajo la descripción de neurosis de angustia”, Freud (1895) dividió las histerias en hereditarias y traumáticas, y dijo que todos los casos de histeria “adquirida” tenían un origen sexual-genital. Hizo una distinción entre la depresión periódica, a la que consideraba una tercera forma de neurosis de angustia, y la melancolía propiamente dicha, implicando en esta última una naturaleza hereditaria. En el resto de las cartas de Freud a Fliess, su uso de la palabra melancolía deja al lector en duda en cuanto al significado neurótico o psicótico de la depresión. La misma ambigüedad en el uso del término se encuentra frecuentemente en la literatura psiquiátrica germana de la época.

Freud distinguía entre los estados psicopatológicos de origen hereditario y adquirido y sus primeros intentos para comprender las bases de las neurosis y psicosis adquiridas incluían explicaciones orgánicas. Hacia 1893, ya había abandonado la hipnoterapia y la agotadora técnica de poner la mano en la frente del paciente mientras le solicitaba la producción de asociaciones. Estaba sin embargo, convencido aún, de que los estados psicopatológicos adquiridos se podían atribuir a noxas sexuales. Sin

embargo, en ese año introduce la entonces revolucionaria teoría de que los síntomas de los pacientes psicóticos eran comprensibles de la misma forma que los sueños y conductas de personas normales o los síntomas de sujetos neuróticos. En “la neuropsicosis de defensa” Freud (1894) conceptualiza la histeria adquirida, fobias, obsesiones y ciertas psicosis alucinatorias, como estados defensivos constituidos que servían al propósito de mantener las ideas sexual-es inaceptables fuera de la conciencia. Uno de sus pacientes obsesivos (pág. 55) sufría de una psicosis en la cual el yo es sobrepasado en su capacidad de defensa; otro de una confusión alucinatoria. En este trabajo Freud designó su método terapéutico como “análisis psíquico” (pág. 47), “análisis clínico psicológico” (pág. 53), o “análisis hipnótico” (pág. 59), y sostuvo que podía ser utilizado para eliminar las conversiones, desplazamientos y la disociación de la conciencia, contrarrestando los efectos de la represión. (2)

Él tenía clara visión de lo corriente de la combinación de síntomas neuróticos y psicóticos en un mismo paciente. En este primer trabajo presentó un mecanismo hipotético en cuanto a la causa de las psicosis al cual volvió luego de treinta años en sus últimos trabajos referidos a este mismo tópico. Contrastando dos casos de ideas obsesivas en los cuales la defensa contra la idea intolerable se efectuaba por un desplazamiento del afecto, con el caso de confusión alucinatoria, en el cual existía una “más enérgica y satisfactoria manera de defensa”, Freud (1894:58) escribió con respecto a este último: “Aquí el yo rechaza la idea incompatible junto con el afecto y se comporta como si la idea nunca hubiera ocurrido o llegado al yo para nada. Pero desde el momento en el cual esto ha sucedido en forma victoriosa, el sujeto ya presenta una psicosis, que sólo puede ser clasificada como confusión alucinatoria.” A continuación dice (pág. 49), “el yo se ha desprendido de la idea incompatible a través de su huida en la psicosis”, y agrega, “el yo se deshace de la idea incompatible, pero esta última está inseparablemente conectada con una parte de la realidad, de manera que, en tanto el yo logra este resultado, él también, se ha desprendido en si mismo, totalmente o en parte, de la realidad”.

En 1894, Freud (1887-1902:86-88) incluía la melancolía y la manía entre las neurosis, aunque en 1895 escribía (pág. 103), “el caso típico y extremo de melancolía parece ser la forma periódica o psíquica

En una parte de un trabajo escrito en 1895, titulado ‘Paranoia’. Freud escribía (pág. 109), las ideas delirantes y las ideas obsesivas aparecen como trastornos puramente intelectuales, y, la paranoia aparece frente a la neurosis obsesiva como una psicosis intelectual” y “la paranoia crónica como un modo patológico de defensa”. Tiempo más tarde, en su carta N° 39 a Fliess él repetía: este tema, como para reasegurarse de su validez (Freud 1887-1902:141), “la paranoia es verdaderamente una neurosis defensiva”, y en una parte de un trabajo escrito en el mismo año, “La neurosis de defensa” nos encontramos (pág. 146): hay cuatro tipos de ellas, y muchas formas. . . Éstas son aberraciones patológicas de estados afectivos psíquicos normales: de conflicto (histeria), de auto-reproche (en la neurosis obsesiva) de mortificación (en la paranoia) y de la culpa (en la demencia aguda alucinatoria). Freud (1896 a) publicó ambos fragmentos como “Posteriores conclusiones con respecto a la neuropsicosis de

---

<sup>2</sup> Más tarde en el mismo año, él (Freud 1894 a: 75) utilizó el término análisis psicológico. Psicoanálisis apareció por primera vez en trabajos en francés referido a la etiología de las neurosis (Freud 1898: 151)

defensa”, y en esta elaboración, presentó la historia del caso de una mujer que sufría de paranoia crónica o demencia paranoide a la cual había tratado psicoanalíticamente. Escribía (pág. 175) “esta es una psicosis de defensa”. La laxitud de Freud en cuanto a la distinción entre neurosis y psicosis permaneció sólo aparente. Sin haber por este tiempo definido -esos estados en una forma más clara prontamente (Freud 1898) estableció que el psicoanálisis era un método de tratamiento destinado sólo para los pacientes psico-neuróticos pero más tarde en el mismo año (1898 a) incluyó la paranoia entre las psiconeurosis.

En 1904, Freud escribió sobre las limitaciones del método psicoanalítico. Con sus propias palabras (Freud 1904:257) el método “fue creado por y para el tratamiento de los pacientes permanentemente imposibilitados de realizar su vida”. Los pacientes debían, -para poder ser aceptados en tratamiento, “poseer un grado razonable de educación y un carácter más o menos tolerable”. La psicoterapia analítica no se consideraba útil (pág. 258) para el tratamiento de la “degeneración neuropática y psicosis, estados de confusión o estados profundos de depresión (yo diría tóxicos)”. Surgió que “por cambios adecuados en el método se podía conseguir superar estos inconvenientes y de esta manera poder iniciar la psicoterapia de las psicosis”, y agregaba (pág. 259), que de la terapia analítica “ninguna injuria al paciente puede ser temida cuando el tratamiento es conducido con verdadera comprensión”. No sugirió cuáles debían ser estas modificaciones técnicas que hicieran posible utilizar el método en el tratamiento de las psicosis. Suplementó sus afirmaciones más tarde, comentando (Freud, 1904 a) que las personas con “profundas malformaciones del carácter o rasgos de una constitución degenerativa actual” tampoco podían ponerse en tratamiento psicoanalítico.

Debe hacerse notar que Freud estaba todavía por definir qué era lo que él entendía por neurosis o por psicosis. Aunque no había escrito directamente sobre las psiconeurosis hereditarias versus las adquiridas durante algunos años, un panorama de su conceptualización fue emergiendo gradualmente. Creía que el psicoanálisis debía ser recomendado para aquellos enfermos en los, cuales, predominantemente, si no en forma total, sus trastornos surgían de situaciones traumáticas de la vida y que el psicoanálisis estaba contraindicado en aquellos estados en los cuales la enfermedad se daba por un origen constitucional o hereditario. Esto parecería indicar que cuando Freud juzgaba una situación cuya causa era de las últimas mencionadas, él la incluía dentro de las psicosis o dentro de los trastornos graves de carácter. Cinco años más tarde, (1909) ofrecía un criterio para establecer esta diferenciación, estableciendo que “la investigación psicoanalítica de las neurosis (las varias formas de trastornos nerviosos de causa psíquica) nos ha exigido el rastrear sus conexiones con la vida instintiva y con las restricciones impuestas a ella por la civilización”. Infería que otras formas de “enfermedades nerviosas” tienen causas de origen hereditario, constitucional o degenerativo, pero no amplió- este punto o indicó los métodos para diferenciar entre enfermedades causadas por socialización o por factores orgánicos. Hay algo más que está implicado y que podemos encontrar en sus afirmaciones, fundamentalmente que si “una enfermedad nerviosa es predominantemente debida a exigencias de la civilización ésta debería ser accesible a la terapia psicoanalítica”. Poco tiempo después, Freud (1911) derivó su atención hacia una amplificación de su teoría- de la libido y desarrolló la teoría del narcisismo, a la cual había aludido en una reunión de la Sociedad Psicoanalítica Vienesa en 1909 (Freud 1914:69). Eligió e-orno punto de partida el estudio autobiográfico relatado por un paranoico. Freud desarrolló su argumento en

cuatro etapas. Buscaba: 1) comprender los orígenes de la Paranoia por un análisis de la fenomenología que caracterizó la enfermedad de Schreber; 2) separar la paranoia de la esquizofrenia; 3) desarrollar una teoría de las psicosis, y 4) utilizar sus ideas referentes a la psicopatología de las psicosis para clarificar su teoría del narcisismo.

De un análisis interpretativo de la sintomatología registrada por Schreber y del desarrollo de su sistema delirante, Freud (1911:429) concluía: “La base de la enfermedad de Schreber fue la erupción de un sentimiento homosexual” hacia su médico, Flechsig, un subrogado del padre. Establecido que el complejo del padre era el elemento dominante en el caso Schreber, Freud hacia notar’ (59), “pero en todo esto no hay nada característico de la forma de enfermedad conocida como paranoia, nada que nosotros no pudiéramos encontrar (y que no haya sido encontrado) en otro tipo de neurosis”. Mantuvo así su primitiva posición (Freud 1894, 1896), de que la sintomatología de las neurosis y de las psicosis era el resultado de mecanismos defensivos, y definió el carácter protector de los síntomas paranoicos de Schreber agregando (Freud 1911:59): “El carácter distintivo de la paranoia (o de la demencia precoz) debe de ser buscado en otra parte, fundamentalmente en la particular forma que asumen los síntomas; y nosotros esperamos encontrar que esto va a estar determinado, no por la naturaleza de los complejos en sí mismos, sino por el mecanismo por el cual los síntomas son formados o por la forma en que la represión es realizada”, y “lo que era característicamente paranoico de la enfermedad era el hecho de que el paciente, como medio de defenderse de deseos homosexuales fantaseados, reaccionó precisamente con un delirio persecutorio de este tipo”. Y agrega (pág. 62), “los paranoicos se protegen a si mismos contra tal sexualización de sus catexias instintuales-sociales”. Luego revisé el rol de la fijación, la represión, y la irrupción de lo reprimido en la formación de los síntomas, y escribió (pág. 71): “La formación delirante, que nosotros vemos como un producto patológico, es en realidad un intento de cura, un proceso de reconstrucción” y “el proceso de represión propiamente dicho consiste en el retraimiento de la libido de las personas y las cosas previamente amadas”.

En esta exposición sobre el significado de tales conclusiones, Freud luego trató de utilizar todos estos datos para desarrollar una teoría de la psicopatología de las psicosis. Notó que el proceso de represión ocurría en forma silenciosa y que sólo se podía inferir por los hechos ocurridos posteriormente. Establecía (pág. 71): “Lo que fuerza nuestra atención tan ruidosamente es el proceso de recuperación, que recorre el camino inverso de la represión y trae nuevamente la libido hacia las personas a las cuales había abandonado. En la paranoia, este proceso es llevado a cabo por el método de la proyección [...] Tal desplazamiento de la libido ocurre también en otras situaciones [. . .] Es posible que el retraimiento de la libido sea esencial y regular como mecanismo en toda represión.” Encontró que (página 72): “Los paranoicos realizan una fijación al estado narcisista, y podemos asegurar que el trecho que separa la homosexualidad sublimada del narcisismo- es una medida del grado de represión característico de la paranoia”. Este retraimiento libidinal puede ser parcial, o (p. 73) “puede convertirse en algo original, que se va a proclamar ruidosamente en la presencia de síntomas megalománicos”, y (p. 75) “No puede asegurarse que un paranoico, aun en su punto máximo de represión, retraiga su interés del mundo circundante real completamente en la forma en que debe ser considerado que tiene lugar en algunos otros tipos de psicosis alucinatorias (tales como la amencia de Meynert —una confusión alucinatoria aguda—)”.

Tenemos aquí, por lo tanto, el núcleo de la teoría freudiana’ de las psicosis.

Mientras que Kahlbaum (1863) 'enfaticaba sobre los fenómenos motores de la esquizofrenia, Kraepelin (1903) sobre el curso progresivo hacia la demencia, y Bleuler (1911) sobre los trastornos del pensamiento y de la afectividad, Freud consideraba los cambios en cuanto a las relaciones con las personas y o en los objetos, como de importancia primaria. Estaba particularmente impresionado por la observación generalmente verificada, de que había un manifiesto retraimiento del interés con respecto al medio, lo cual se reflejaba en variaciones de la conducta y cambios subjetivos y diferentes formas de trastornos psíquicos. Las personas normales, cuando están sometidas a una pérdida del objeto, no se informan pero encuentran otros objetos en los cuales o con los cuales ellos pueden transferir sus intereses antes adheridos a previos objetos amorosos. Sujetos que sufren de histeria, neurosis de angustia o neurosis obsesivas —Freud, 1911, ahora refiriéndose a este grupo como neurosis de transferencia— reprimen las representaciones mentales de los objetos libidinales perdidos, y las catexias de libido objetal hacia aquéllos es mantenida como representaciones mentales inconscientes revelándose éstas en forma de síntomas que son característicos de estos trastornos. En los psicóticos, la situación es bastante diferente. Ellos tienen la noción de que el mundo que los rodea y las personas en él, han cambiado de alguna manera y a veces el-mundo se aparece a ellos como habiendo sido destruido. Freud más tarde (1924, 1932) se refirió a este grupo de síntomas como la ruptura del paciente con la realidad.

En 1911 y 1914, Freud intentó explicar la psicopatología de la ruptura con la realidad sobre la base de un factor cuantitativo o económico: la distribución de la catexia libidinal del paciente. Concluyó que era la consecuencia de haber el paciente tenido que retirar totalmente sus catexias libidinales de los representantes mentales de sus objetos queridos y habiendo tenido que adherir esta libido objetal retraída en su propio **self**.

Freud buscó entonces contestar la siguiente pregunta: ¿Qué ocurre con la libido de objeto que ha sido retraída de los objetos queridos y que ha investido al self? Notó la presencia en los paranoicos y esquizofrénicos de síntomas megalomaniacos y de un período de hipocondría, estado en el cual se encontró Schreber en su paranoia. Al mismo tiempo, Freud sabía del importante papel que la regresión jugaba en las psicosis, ya había escrito sobre la importancia entre la similitud del sueño con el dormir y con la psicosis (Freud 1900). Había notado las profundas similitudes entre el paciente psicótico y el niño, y supuso que en ambos las catexias de las representaciones objetales están ausentes o son insignificantes, comparadas con la cantidad de libido que inviste al self. Pensó que el paciente psicótico regresaba a un estado de narcisismo por el cual el niño normal ha atravesado en un periodo muy temprano de su vida.

¿Cómo intentó Freud explicar la megalomanía? Escribió (Freud 1914a: 74-75): “¿Qué ocurre con la libido que ha sido retraída de los objetos externos en la esquizofrenia? La megalomanía, característica de estos estados muestra el camino. Esta megalomanía, sin lugar a duda, ha surgido a expensas de la libido-objetal. La libido que ha sido retraída del mundo externo ha sido dirigida hacia el yo y de esta manera hace surgir una actitud que puede ser llamada narcisismo. Pero la megalomanía en sí misma no es una creación nueva, por el contrario, ella es, como sabemos, una magnificación y más plena manifestación de una condición que ya existía previamente. Esto nos lleva a mirar el narcisismo que surge de la retracción de las catexias objetales como un narcisismo secundario, super-impuesto sobre un nar-

cisismo primario oscuro u oscurecido por un número diferente de influencias.”

Sigamos ahora a Freud en sus argumentos referentes a la hipocondría. Escribía (Freud 1914a:82), “una persona atormentada por un dolor orgánico deja sus intereses referidos a las cosas del mundo externo, en tanto que éstas no tienen relación con su propio sufrimiento. Una observación más próxima nos enseña de que también retrae el interés libidinal de sus objetos amorosos”; y “retrae sus catexias libidinales hacia su propio yo y las envía nuevamente hacia afuera cuando se recupera”. (Debe tenerse en cuenta y recordarse que en alemán la palabra “yo” tiene la connotación dual de self y yo). Freud continúa: “Aquí, una vez más, interés libidinal e interés del yo se hacen indistinguibles uno del otro. El característico egoísmo de la persona enferma cubre a ambos.” Continúa diciendo (p. 83): “La hipocondría [...] tiene el mismo efecto que las enfermedades orgánicas en la distribución de la libido. El hipocondríaco retira el interés y la libido, esta última en forma especialmente marcada, de los objetos del mundo externo y concentra ambos en el órgano que requiere su atención”, y (p. 84): “El prototipo de órgano que es doloroso cuando está tenso es el órgano genital en estado de excitación”. Freud, refiriéndose a “Los tres ensayos sobre una teoría de ‘a sexualidad’ (1905) sugiere que los órganos catectizados se convierten en órganos erogénicos y escribió (Freud, 1914; 84-85):

“Por cada cambio en la erogenidad debe de haber un cambio también paralelo de la catexia libidinal del yo”. Hacía notar, “Si nosotros seguimos esta línea de pensamiento, llegamos no solamente al problema de la hipocondría, sino al de las otras neurosis actuales, neurastenia y neurosis de angustia” y “podemos sospechar que la relación de la hipocondría con la parafrenia es similar a la que existe entre las neurosis actuales con respecto a lo historia y a la neurosis obsesiva: podemos sospechar que depende de la libido del yo así como en las otras depende de la libido de objeto, y que la ansiedad hipocondríaca es la contrapartida refiriéndose al yo y a su libido, de la ansiedad neurótica. Es más, desde que ya estamos familiarizados con la idea de que el mecanismo de caer enfermo y la formación de síntomas en las neurosis de transferencia —el pasaje de la introversión a -la regresión— debe de ser asociado a un estancamiento de la libido de objeto, nosotros podemos aproximarnos mas con la idea del estancamiento de la libido del yo, así como podemos aproximar esta idea en relación con los fenómenos de la hipocondría y la parafrenia.” Notando que el estancamiento de la libido es percibido como displacer y que el grado de displacer es dependiente de la cantidad de libido estancada, Freud continúa: “En este punto uno podría interrogarse o cuestionarse con respecto a qué es lo que hace necesario a nuestra vida mental el pasar más allá de los límites del narcisismo y el de lograr relaciones libidinales de objeto”.

Volvamos ahora a la teoría de Freud con respecto a las psicosis durante este período, en el cual su orientación era la teoría de la libido dentro del marco referencial de la hipótesis topológica. La represión del neurótico y la del psicótico son silenciosas, la evidencia de su existencia puede ser obtenida sólo a través del análisis de los síntomas que se muestran ellos mismos durante el período de mejoría. Tales síntomas son formaciones de compromiso que resultan de un -intento de la psiquis de aliviarse del displacer resultante de la libido del yo estancada. Con la mejoría, la libido retraída por el psicótico es gradualmente reinvestida en el mundo externo y en sus objetos en una forma patológica, es decir delirio y alucinaciones. A este intento de reinversión le llamó Freud la fase restitutiva de las psicosis.

La decatexia de las representaciones de objeto que caracteriza la primera fase de las psicosis es análoga a la represión neurótica, pero en el caso de los psicóticos, la



represión es más profunda, y es un proceso que abarca más. No implica simplemente ideas prevalentes y recuerdos que llegan a la conciencia, sino que tiene como resultado un profundo cambio en las representaciones mentales en sí mismas. Los contenidos reprimidos del inconsciente del neurótico permanecen catectizados, pero las representaciones mentales de los psicóticos son verdaderamente decatectizadas y no existen más para él. Freud escribió (1914 a: 74):

“Los parafrénicos desarrollan dos características fundamentales: la megalomanía y el cambio de dirección en su interés del mundo externo, de las personas y de las cosas. Como consecuencia de este gran cambio, ellos se hacen inaccesibles a la influencia del psicoanálisis y no pueden ser curados por nuestros esfuerzos”. Freud (1915: 124) usó por primera vez el término neurosis narcisista para designar la esquizofrenia. Parafraseando su punto de vista, podemos decir el esquizofrénico no puede re-investir los objetos externos actuales; sufre de una neurosis narcisista y es incapaz de transferencia. Por lo tanto, no puede ser tratado por el psicoanálisis.

Permítaseme resumir el argumento. La ruptura con la realidad, o el completo retraimiento de la catexia del medio, es el hecho más singular y característico de las psicosis. La represión empleada por el psicótico es mucho más profunda que la del neurótico y consiste en una total decatexia de la libido de las representaciones mentales. Al estar el psicótico centrado en su self, resulta que la libido decatectizada se vuelve hacia el self, resultando en la megalomanía cuando ésta es adherida al yo, y en hipocondría cuando ésta es adherida al cuerpo. A continuación de esta regresión a tal estado narcisista, el psicótico gradualmente recatectiza las representaciones mentales de los objetos externos de una manera distorsionada, generalmente por vía de las alucinaciones e ideas delirantes en una fase restitutiva.

Debe recordarse que en el análisis del caso Schreber, Freud buscó la manera de distinguir la paranoia de la esquizofrenia en cuyo grupo había sido incluida por Kraepelin y Bleuler. Freud, sin embargo, creía que (1911: 76) “la paranoia debe ser mantenida como una identidad clínica tipo; sin embargo frecuentemente el cuadro que ofrece puede estar complicado por la presencia de fenómenos de tipo esquizofrénico”, como había sido en el caso Schreber. Dio como su razón, “porque, desde el punto de vista de la teoría de la libido, mientras que se parecería a la demencia precoz en lo que tiene que ver con la represión, la cual en ambos trastornos tiene los mismos rasgos principales —desligar la libido, junto con su regresión al yo—, so distinguiría de la demencia precoz por tener una disposición para la fijación, localizada en forma diferente y por tener diferentes mecanismos para el retorno de -lo reprimido (esto es, para la formación de los síntomas)”, fundamentalmente la proyección. Estableció que el intento de recuperación empleado en la demencia precoz (parafrenia), en contraste con el utilizado en la paranoia, es de carácter alucinatorio. Freud sostenía que el mecanismo alucinatorio es histérico y continuaba diciendo (p. 77): “Éste es uno de los dos aspectos más importantes por los cuales la demencia precoz se diferencia de la paranoia”.<sup>(3)</sup> Una segunda distinción tiene que ver con la historia natural de los trastornos. Es “lo que muestra la evolución de la enfermedad en los casos en los cuales el proceso no ha permanecido demasiado restringido. El pronóstico es en un todo más desfavorable que en la paranoia. La victoria está del lado de la represión y no, como en la primera, en la

---

<sup>3</sup> Hoy en día no consideraríamos este argumento como válido, desde que la proyección está claramente implicada en el proceso alucinatorio.

reconstrucción. La regresión se extiende no solamente al narcisismo (manifestándose bajo la forma de megalomanía) sino a un completo abandono del amor objetal y a un retorno al autoerotismo infantil. Esta disposición de la fijación debe ser por lo tanto, situada mucho más atrás que en la paranoia, y debe situarse en algún punto en el comienzo del curso del desarrollo del autoerotismo al amor objetal. Es más, no sería raro que los impulsos homosexuales que son tan frecuentemente —probablemente siempre— encontrados en la paranoia, jueguen un papel igualmente importante en la etiología de aquella forma más comprensiva como trastorno, que es la demencia precoz.”

Freud terminaba su análisis del caso Schreber estableciendo (P. 79): “Finalmente, yo no puedo concluir el presente trabajo [...] sin hacer referencia a las dos más importantes tesis con respecto a la forma en la cual está evolucionando la teoría de ‘a libido en lo referente a las neurosis y psicosis: el de que en la neurosis el conflicto surge fundamentalmente entre el yo y el instinto sexual y que las formas que la neurosis asume mantiene la huella del desarrollo sufrido por la libido y por el yo”. Que él consideraba que lo mismo ocurría con respecto a las psicosis es aparente de lo que decimos a continuación.

El comienzo de la enfermedad de Schreber consistía en un estado que fue etiquetado como de hipocondría. Freud consideraba que durante la fase hipocondríaca, Schreber no había “sobrepasado los límites” de la neurosis. Sin embargo, él incluía la paranoia entre las neurosis (p. 59). Durante el desarrollo de los argumentos de Freud, que buscaban diferenciar la paranoia de la esquizofrenia, él mostraba conocer otra dificultad gnoscológica, escribiendo (p. 77): “Nuestras hipótesis en cuanto a cómo se dispone la fijación en la paranoia y en la parafrenia, nos hacen ver fácilmente que un caso puede comenzar con síntomas paranoicos y sin embargo luego evolucionar hacia una demencia precoz, y que los fenómenos paranoicos y esquizofrénicos pueden combinarse en cualquier proporción”. Freud, luego establecía que hay un continuo de estados que van de la normalidad a la psicosis, varias gradaciones de mecanismos neuróticos y psicóticos son empleadas en los diferentes estados psicopatológicos, y que los términos diagnósticos que son aplicados a los diferentes estados anormales dependen de juicios económicos o cuantitativos. En otras palabras, como Freud ya lo había indicado anteriormente (1896) y lo haría también más tarde (1924), los procesos psíquicos de las neurosis y psicosis desarrollan una unidad fundamental. En 1911 y 1914, pensando en la teoría de la libido, buscaba establecer que la paranoia se ubica entre las neurosis y las psicosis, es decir, entre las neurosis de transferencia y las neurosis narcisistas.

Aunque Freud mantuvo su postura referente a conservar la unidad fundamental, aparentemente modificó otro aspecto. En la teoría de la libido, los derivados de los impulsos instintivos son inaccesibles a la conciencia y la remisión de los síntomas depende de hacer accesible al sistema consciente el material reprimido. En las primeras cartas de Freud a Fliess sostenía el punto de vista altamente optimista de que todos los cuadros psicopatológicos adquiridos, podían curarse suprimiendo la represión, la única forma de defensa reconocida hasta ese momento. La paranoia era incluida entre las neurosis y aparentemente pensaba que algunos casos eran adquiridos, es decir de origen psicogénico. Por 1896 era ya menos optimista en cuanto a la eficacia del psicoanálisis en la paranoia y hacia notar al comienzo del análisis del caso Schreber (1911: 9) que “en los paranoicos no se pueden vencer las resistencias

internas”.

Llegada a esto punto, resumamos el pensamiento de Freud hasta 1914 en lo que tiene que ver con las psicosis y la aplicabilidad del psicoanálisis a éstas.

Es 1893 (Freud 1895) dividía los trastornos de origen psíquico en afecciones de etiología orgánica o psicológica, aunque en ese momento ni subsiguientemente aclarara sus criterios para decidir qué pacientes padecían de estados psicopatológicos de origen orgánico o psicofuncional. En 1894 (1887-1902: 86-88) incluía a la melancolía y manía entre las neurosis y en 1895 (1895: 141) a la paranoia. Pronto sospechó (1898:175) que los complejos sintomáticos podían tener lugar ya fuera en afecciones predominantemente orgánicas o mentales y ubicó a la paranoia entre las psicosis. En “Nuevas observaciones sobre la neuropsicosis de defensa” Freud (1896) calificaba de paranoia crónica la afección de una -mujer cuyo material clínico sirvió de base para sus análisis de la paranoia, pero en 1924 agregó una llamada en la que denominaba al estado como de demencia paranoide. Probablemente su primer rótulo diagnóstico implicara que consideraba al estado como de origen psicógeno y que subsiguientemente sobre la base de material clínico omitido en la presentación del caso haya considerado las causas psicopatológicas como de origen orgánico. Dos años más tarde, Freud (1898) llegaba a la conclusión de que el psicoanálisis era aplicable al tratamiento de las neurosis, pero no especificaba sus razones. Poco después, (1898 a), incluía a la paranoia entre las neurosis. Unos años más tarde (Freud, 1904:258) pensaba que el psicoanálisis estaba contraindicado en la “degeneración neuropática”, las psicosis, estados de confusión, y depresiones tóxicas o “profundamente enraizadas”, sosteniendo que debía ser utilizado únicamente en el tratamiento de afecciones que no fueran de origen orgánico. Por 1909 (Freud, 1609) explicitó sus ideas, estableciendo que el psicoanálisis debía ser utilizado para tratar afecciones de origen mental y sostenía que tales estados patológicos eran el resultado de las exigencias de la civilización. Luego (1911) sostuvo que la paranoia no era accesible al psicoanálisis al postular que en los paranoicos no se pueden vencer las resistencias, pero también (1911, 1914) ubicaba a la paranoia entre las neurosis de transferencia y las psicosis representadas por la parafrenia.

En la esquizofrenia la ruptura con la realidad constituye un retraimiento total de las catexias libidinales del medio ambiente e inundo externo y la vuelta al self del sujeto. Si la libido decatectizada es mantenida en el yo, resulta la megalomanía, si lo es en el cuerpo, la hipocondría. Tal retraimiento de la libido recrea el estado narcisístico primario, y a continuación de tal regresión, el psicótico gradualmente recatectiza sus representaciones mentales de los objetos externos en una forma sumamente primitiva, a través de las alucinaciones y de las ideas delirantes.

Es obvio un cierto número de interrogantes.

¿Cómo podemos distinguir entre estados psico-patológicos orgánicos y aquellos de origen psicogenético? Si Freud tiene razón en considerar que por lo menos algunos estados psicopatológicos de origen mental resultan de la socialización y son por lo tanto accesibles al psicoanálisis el contestar esta interrogante es crucial. Para Freud se sobreentendía que tal diferenciación podía ser hecha retrospectivamente por el curso clínico de la enfermedad, que en las de origen orgánico provocaba estados gradualmente deteriorantes, pero que una diferenciación precoz sólo podría lograrse

con la cooperación de científicos de otras disciplinas. Parecería estar implicado que la terapéutica psicoanalítica debiera intentarse por un Período prudencial de tiempo, independientemente del estado del paciente cuando es entrevistado por primera vez, pero esto no era establecido en forma abierta.

¿Durante qué plazo debe ser considerado un paciente como psicótico? Aparentemente algún grado de decaetexia poco antes de un retraimiento total de la libido, se encuentra en prácticamente todas las otras situaciones psicopatológicas, en ellas las previas catexias de personas y de cosas son reemplazadas por la catexia de objetos fantaseados. Pero el mismo fenómeno tiene lugar con el psicótico durante la fase restitutiva. Megalomanía e hipocondría son estados que también pueden ser observados en otros cuadros aparte de la esquizofrenia, tales como la paranoia.

¿Por qué el psicótico no es accesible al psicoanálisis? Freud entendía que la catexia libidinal disponible era insuficiente para investir los objetos externos, y que por lo tanto los fenómenos de transferencia no podían tener lugar pero, ¿qué cantidad de catexia debe estar disponible para que los fenómenos de transferencia puedan existir? ¿Cómo puede ser esto determinado sin un intento de psicoanálisis? Freud no lo dijo. Él manifestaba que la terapia psicoanalítica no podía practicarse mientras el paciente estuviera alucinado y delirando, pero este juicio era inconsistente, debido a que algunos de sus pacientes “histéricos” alucinaban y algunos de sus pacientes “obsesivos” eran delirantes. Antes de 1911 y nuevamente en “La introducción al narcisismo” c1914, a paranoia había sido incluida ente aquellos estados en los cuales era posible practicar un psicoanálisis. Pero luego, aun cuando la paranoia no era considerada como psicótica dentro del mareo referencial de la teoría de la libido, estos pacientes no eran sometidos a psicoanálisis; sin embargo, pacientes que sufrían de estados de melancolía o manía adquirida, probablemente lo eran. Freud también hizo bien claro el hecho de que él se había dado cuenta de que los síntomas de la parafrenia o esquizofrenia y la paranoia frecuentemente aparecían mezclados y que él permanecía insatisfecho con sus propias formulaciones. Estos y algunos otros problemas relativos a la teoría de las psicosis, como veremos más adelante, siguieron preocupándole por el resto de su vida. Vamos a continuar ahora presentando el desarrollo de su pensamiento concerniente a las psicosis.

En 1910, Freud (1918) comenzó el psicoanálisis del hombre de los lobos, que había estado hospitalizado en varios períodos, con el diagnóstico de psicosis maníaco-depresiva; el período inicial de su tratamiento duró hasta 1914 cuando Freud consideró su caso como completado. Consideraba al hombre de los lobos como representando un caso de grave neurosis obsesiva. <sup>(4)</sup> Freud estableció una fecha arbitraria para la terminación del análisis porque entendía que este paciente tan pasivo se había encontrado en una situación demasiado confortable en su relación con él y que parecía poco probable que surgieran nuevas movilizaciones si no se tomaba una actitud inusualmente inactiva hacia él. Luego de completado el período de cuatro años de psicoanálisis, el hombre de los lobos parecía estar libre de síntomas, cosa que ocurrió durante un periodo de cinco años; luego volvió para un re-análisis que duró un período de cuatro meses, afligido de un caso severo de constipación “histérica”. Para esta época él no sólo había perdido su fortuna, y Freud lo trataba sin cobrarle el

---

<sup>4</sup> Jones (1955:273) escribe: “El paciente sufría de una neurosis extremadamente grave”. Zetzel (1965) dice que es probable que siempre que Freud diagnosticaba como sufriendo de un cuadro neurótico grave, este paciente era o un psicótico borderline o francamente psicótico.

tratamiento, sino que aun hizo arreglos para mantenerlo a él y a su mujer inválida a través- de la solicitud de contribuciones; Freud continué asistiéndolo con dinero durante los siguientes seis años.

En 1923, el hombre de los lobos se enteró de que Freud había sido sometido a una intervención quirúrgica en la boca. Aparentemente esta noticia provocó en el hombre de los lobos una masturbación convulsiva. Subsiguientemente se enteró de que Freud sufría de cáncer. En el mismo año, le surgió a la madre del hombre de los lobos una verruga en la nariz e hizo a partir de esto- un estado hipocondríaco. Durante los próximos tres años, desarrolló una paranoia de tipo hipocondríaco. Estaba convencido de que su nariz había sido deformada por un médico al cual identificaba con Freud. En 1926, volvió a Freud para continuar con el tratamiento y fue referido a Brunswick (1928) que lo analizó sin cobrarle durante cuatro o cinco meses. Brunswick encontró que sus ideas hipocondríacas enmascaraban ideas delirantes persecutorias. El hombre de los lobos había identificado a ambos con su madre y con una imagen castrada de su padre. Brunswick escribe (p. 440): “El origen del nuevo padecimiento era un remanente no resuelto de la transferencia, el cual, luego de 14 años, bajo el stress de circunstancias especiales, se convirtió en la base de una nueva forma de una vieja enfermedad”. Durante su tratamiento con Brunswick, el hombre de los lobos pudo superar su temor a la castración y desapareció su psicosis paranoide. Ella lo trató en un segundo período de análisis durante dos años y tuvo ocasionales entrevistas con él durante los próximos 14 años y en 1940, lo encontraba en excelente estado de salud, como también lo encontré Gardiner (1953) y Jones (1955: 273-278) unos quince años más tarde.

Las razones por las cuales Freud aceptó tomar al hombre de los lobos en psicoanálisis son interesantes. A pesar del rótulo de “severa neurosis obsesiva”, cuesta creer que él no hubiese percibido que el paciente era lo que hoy en día llamaríamos una esquizofrenia borderline. La historia anterior del paciente era accesible a Freud, y durante la primera entrevista, el hombre de los lobos se ofreció a someterse a una relación anal con Freud y luego defecar sobre su cabeza. Esto da crédito a la suposición de que Freud probablemente sintió que podía comenzarse un periodo de psicoanálisis de prueba, lo cual estaba indicado en muchos pacientes que presentaban una sintomatología mixta, siempre y cuando fuera evidente que podía desarrollarse la transferencia. Sin embargo, nosotros Sólo podemos hacer inferencias en cuanto a lo que constituía una evidencia para Freud. Él consideraba a los pacientes psicóticos como incapaces de transferencia, por lo menos teóricamente. Parecería que cuando Freud utiliza la palabra transferencia en este contexto, se refiere a reacciones transferenciales que obviamente pudieran ser rastreadas a traumas edípicos y que no cambiaran rápidamente durante el curso del tratamiento. <sup>(5)</sup>

Sigamos ahora nuestros propios pasos y consideremos una nueva faceta del pensamiento freudiano. Como hemos visto, él no se ocupó inicial-mente de los

---

<sup>5</sup> Hoy en día sabemos que los pacientes psicóticos son en realidad capaces de las más intensas relaciones transferenciales, excepto probablemente durante breves momentos en los cuales el silencio del proceso patológico esquizofrénico se halla en acción. (Pious 1949, Pichon Riviére 1951, Searles 1963). Glover (Hinsie y Shatzky 1940:532-533) dijo que la neurosis transferencial es “una neurosis artificial nueva” que “tiene lugar solamente durante el tratamiento psicoanalítico. Es la reaparición de la situación edípica temprana”. Las posibles Implicaciones en el hecho de que Freud hubiera terminado el análisis en forma arbitraria y que él era el que proveía de dinero al hombre de los lobos, será discutido posteriormente.

problemas de definir los estados psicopatológicos. Estaba más interesado en crear un modelo operativo de la estructura psíquica, uno que pudiera dar cuenta de las observaciones que él hacía de la producción de sus pacientes. En 1895, en “Proyecto para una psicología científica”, Freud (1887-1902: 347-445) buscaba representar el aparato psíquico en términos neurofisiológicos, pero no se sintió satisfecho con sus formulaciones y nunca completó ni publicó los frutos de sus esfuerzos. Desde fin del siglo XIX desarrolló su teoría hidrodinámica de la libido, la cual, como es ilustrada más abajo forma la base de su teoría de la psicosis. Sin embargo, su pensamiento iba más allá, en el capítulo VII de la Interpretación de los sueños, Freud (1900) sistemáticamente propuso la teoría topográfica.<sup>6</sup> Sus formulaciones concernientes a las psicosis han sido comprendidas generalmente por los psicoanalistas principalmente en términos de la teoría de la libido dentro del marco de la hipótesis topográfica y no dentro de la teoría estructural. Como veremos más adelante, Freud intentó, aunque en forma infructuosa, el reconciliar su teoría de las psicosis con la hipótesis estructural.

En “Lo inconsciente”, Freud (1915) comenzó a expresar su falta de satisfacción con la teoría topográfica, debido a que él había descubierto la existencia de la fantasía inconsciente y encontró que ésta no podía ser ubicada racionalmente en ninguno de los sistemas que proveía su modelo. La inaccesibilidad a la conciencia era el criterio cardinal para distinguir entre los sistemas inconsciente y preconscious. Las fantasías inconscientes pertenecen por definición al sistema inconsciente, pero tales fantasías están compuestas por representaciones verbales y objetales definidas y sus aspectos formales revelan influencias del proceso secundario; por lo tanto, ellas debieron ser asignadas al sistema preconscious. En “Introducción al narcisismo”, Freud (1914) había postulado grados de diferenciación dentro del yo, a los cuales llamó yo-ideal y posteriormente super-yo. Alrededor de la época en la cual escribió “Más allá del principio del placer”, Freud (1920) estaba convencido de que las pulsiones libidinales y agresivas inconscientes podían dar como resultado un conflicto psíquico cuando amenazaban irrumpir en la conciencia. La teoría topográfica proveía sólo con respecto a las pulsiones sexuales reprimidas. La creciente insatisfacción de Freud con la teoría topográfica lo llevó a revisar en su totalidad su concepto sobre la estructura psíquica y a crear una nueva hipótesis con respecto al sistema psíquico que era más compatible con la hipótesis topográfica. Esto le llevó a la publicación de El yo y el ello (Freud, 1923).

En El yo y el ello, Freud postula una estructura psíquica en dos partes. El ello era el depositario de las pulsiones instintivas que incluía tanto pulsiones libidinales como agresivas.

---

<sup>6</sup> La siguiente sinopsis de la teoría topográfica es tomada del capítulo VII (Freud, 1900) y de “El inconsciente” (Freud, 1915). Ver también Arlow y Brenner (1964). En la teoría topográfica el aparato psíquico está dividido en los sistemas inconsciente, preconscious y consciente sobre la base de sus relaciones con la conciencia. Los elementos del sistema inconsciente no son accesibles a la conciencia y están gobernados por el proceso primario. Los elementos del sistema preconscious son más accesibles a la conciencia. Ambos sistemas, preconscious y consciente están gobernados por el proceso secundario. El agente represor que mantiene los recuerdos prohibidos y los deseos en el inconsciente es el censor del sistema preconscious. El factor crucial en la formación de síntomas neuróticos consiste en la accesibilidad a la conciencia de los elementos mentales, estando constituidos dichos elementos por deseos sexuales inconscientes que están en conflicto con los estándares de la conciencia moral individual y de los ideales prácticos de la vida. Los deseos reprimidos amenazan con sobrepasar a las fuerzas represivas del censor; formaciones de compromiso resultan de éste y en la producción de sistemas neuróticos. Sólo un deseo inconsciente puede convertirse en patógeno. La tarea de la terapia es eliminar la represión para hacer los contenidos inconscientes relevantes accesibles a la conciencia

El yo, mas coherente y organizado, mediaba entre las pulsiones y sus derivados y las demandas del mundo externo; contenía las fuerzas anti-instintivas de la mente, algunas de las cuales eran inconscientes. El yo en sí mismo llegó a tener una segunda división, el superyó; éste estaba compuesto de las funciones morales del yo.

Freud estaba particularmente impresionado con dos hechos de observación clínica: 1) en los conflictos neuróticos, las fuerzas represoras no están siempre inmediatamente accesibles a la conciencia, y 2) la necesidad de autocastigo puede también ser inaccesible a la conciencia. El significado- de la primera observación era el de que la accesibilidad a la conciencia no puede ser utilizada como base para dividir el aparato mental en sistemas. La segunda tenía otros significados. Cuando Freud encontró una necesidad inconsciente de castigo en algunos pacientes, concluyó que los conflictos existían no solamente entre las demandas del ello y del yo, sino también entre el ello y el superyó.

En “Duelo y melancolía” Freud (1917) determinó que un objeto perdido era reintroyectado en el yo, esto es que la catexia objetal había sido reemplazado por una identificación. En El yo y el ello, (1923:35) concluía: “Este tipo de sustitución tiene una gran participación en la determinación de la forma que toma el yo y contribuye materialmente a construir ‘o que se llama el carácter”. Agregaba: “En la primitiva fase oral de la existencia del individuo, la catexia objetal y la identificación son difíciles de distinguir una de la otra”. Sugería (pág. 36) que tal identificación pudiera ser la única condición bajo la cual el ello puede entregar sus objetos, y que “el yo es un precipitado de catexias objetales abandonadas, y mantiene un registro de sus elecciones objetales pasadas”. En la resolución del complejo de Edipo, la catexia de objeto de la madre debe ser abandonada y su lugar debe ser ocupado ya sea por una identificación con la madre o una intensificación de la identificación con el padre. La solución del complejo de Edipo resulta en la formación del superyó; las identificaciones son aquellos aspectos morales y éticos de los padres, tales como fueron percibidos por el niño.

Así Freud desarrolló el modelo estructural para dar cuenta de los fenómenos mentales que no eran explicados por la teoría topográfica. Los cambios fundamentales de hipótesis implicaban la necesidad de un vasto cambio en las miras del tratamiento psicoanalítico y, de hecho, el efecto del cambio en la técnica psicoanalítica ha sido, en mi opinión, enorme. (Ver Alexander 1930, Arlow y Brenner 1964, A. Freud 1936, Freud 1932, 1940; Hartmann 1951; Kris, 1951; Loav.-enstein, 1951.)

En la concepción topográfica, la tarea terapéutica es el hacer conscientes los contenidos del sistema inconsciente. La formación de síntomas es el resultado del fracaso de la represión; la irrupción de los deseos instintivos inconscientes en la conciencia es una amenaza. Sus derivados son excluidos de la conciencia a través de la sustitución de los deseos expresados en forma de síntomas. El tratamiento apunta hacia la eliminación de la represión, la recuperación de los hechos olvidados, especialmente aquellos que pertenecen a los traumas de la infancia.

En la teoría estructural, el conflicto intrapsíquico es visto como algo que es mucho más que el problema de inaccesibilidad a la conciencia. Desde que las mismas defensas son frecuentemente inconscientes, su análisis es parte de la tarea terapéutica; sus acciones automáticas deben ser resueltas y los derivados instintivos reintegrados y a sus recuerdos, previamente defendidos, deben permitírseles formar

parte del yo normal. Además del análisis de los derivados del ello y de las defensas del yo, es de gran importancia analizar cualquier manifestación del superyó que sea parte del conflicto patógeno.

Freud era consciente de la falta de consistencia entre su teoría de las psicosis y la hipótesis estructural. En 1911, cuando él todavía no había formulado claramente el sistema yoico, postulaba un retraimiento completo de la libido de los objetos del mundo externo y una regresión al estado narcisista en la psicosis. Por 1923, pensaba que los objetos perdidos eran reinstituídos en el yo, o que las catexias objetales eran reemplazadas por identificaciones. El yo era conceptualizado como un precipitado de catexias objetales pasadas. En la hipótesis topográfica, la libido es retraída y además separada de los objetos, mientras que en la teoría estructural de la libido se conceptualiza como estando siempre adherida a alguna representación objetal, no importa lo primitiva o arcaica que sea. Desde que la estructura del yo está constituida por los precipitados de objetos internos, la libido del yo necesariamente debe estar adherida a tales objetos. Dentro del marco de la hipótesis estructural la libido no puede existir en el vacío, esto es, sin un componente objetal. Teóricamente, por lo tanto, cierto grado de transferencia es posible mientras algo de estructura yoica persista. Las formulaciones de Freud concernientes al tratamiento de la psicosis pueden ser seriamente cuestionadas, desde que se apoyan sobre la premisa de que la transferencia es imposible.

Poco tiempo después de aparecer *El yo y el ello*, Waelder (1924) discutió el caso de un matemático esquizoide del cual él creía haber obtenido un éxito razonable por sublimación de la libido narcisista. Waelder llegó a esta conclusión práctica pensando que podía existir una "unión" de la libido narcisista con la libido objetal y que por lo tanto la transferencia era posible. Freud leyó el manuscrito de Waelder en la primavera de 1924 y se sintió estimulado a reconsiderar su postura con respecto al tratamiento psicoanalítico de la psicosis. Unas semanas más tarde publicó "Neurosis y psicosis". En el segundo párrafo escribía (Freud 1924a:149): "En conexión con una línea de pensamiento surgida de otras precedencias concerniente al origen y prevención de la psicosis", lo cual era una referencia al manuscrito de Waelder (Waelder 1965).

Freud hizo dos breves intentos para aplicar la hipótesis estructural a la teoría psicopatológica de las neurosis, "Neurosis y psicosis" y "La pérdida del sentido de la realidad en las neurosis y las Psicosis" (1924). Fueron sus dos últimos trabajos referidos específicamente a este tema, aunque continuó ocupándose de la disonancia entre las formulaciones hechas en 1911 y la teoría estructural. Sin embargo, no dejó totalmente su postura original con respecto a las psicosis.

En "Neurosis y psicosis", Freud consideraba el papel jugado por el superyó en la psicosis. En la teoría topográfica, las tendencias morales se pensaban que eran conscientes y estaban gobernadas por el proceso secundario. Había notado que el papel del superyó debe ser tomado en cuenta en toda afección psíquica y escribía (1924b:152), "Debe haber también afecciones que estén basadas en un conflicto entre el yo y el superyó", tales como la melancolía. Usaba el término de neurosis narcisista para tales afecciones y continuaba diciendo, "Las neurosis de transferencia corresponden a un conflicto entre el yo y el ello; las neurosis narcisistas a un conflicto entre el yo y el superyó; y las psicosis a un conflicto entre el yo y el mundo externo". Freud (1915:124, 1915a:196) había utilizado previamente las palabras neurosis narcisista en



relación con la idea de un retraimiento de la libido en las psicosis.

En “Pérdida de la realidad en las neurosis y psicosis” Freud establecía (1924:185): “Tanto las neurosis como las psicosis son [...] el resultado de una rebelión de una parte del ello contra el mundo externo”. En ambas situaciones hay un trastorno de las relaciones del paciente con la realidad debido a un fracaso de la represión. En el desarrollo de una psicosis, sin embargo, hay otro aspecto comprendido. En “La neuropsicosis de defensa” Freud (1894:58) había escrito, “El yo rechaza la idea incompatible junto con el afecto y se comporta como si la idea no se le hubiera ocurrido al yo nunca”. Ahora (1924:184-185) escribía, “El segundo paso en las psicosis está orientado a convertir en buena la pérdida de la realidad, pero sin permitir que se haga a expensas de una restricción del ello [...] sino por la creación de una nueva realidad”. Aunque usaba su nuevo concepto del ello, retenía la vieja concepción de la angustia, aquella de la teoría de la libido dentro del marco de la hipótesis topográfica; y continuaba diciendo: “En una psicosis, la transformación de la realidad se lleva a cabo por la precipitación psíquica de anteriores relaciones con ella [...] esta relación no fue nunca una relación cerrada; sino que era continuamente enriquecida y alterada por nuevas percepciones. Por lo tanto, la psicosis se ve así enfrentada al trabajo de procurarse para sí misma percepciones de un tipo que correspondan a esta nueva realidad; y esto es realizado efectivamente en forma radical por medio de las alucinaciones”. “Probablemente en la psicosis la parte de realidad rechazada fuerza constantemente su irrupción en la mente, de la misma forma en que el instinto reprimido lo hace en las neurosis”. Sostenía que el rol de la fantasía era importante en ambas, neurosis y psicosis. En las primeras la realidad desagradable, es compensada por un mundo de fantasía, pero en la psicosis, también (pág. 187), “La fantasía juega el mismo papel E...] es el reservarlo de cual se extraen los materiales para construir el pattern de la nueva realidad”. Por lo tanto, “tanto en las neurosis como en las psicosis hay que tomar en consideración la cuestión de que no sólo hay una pérdida de la realidad sino también una sustitución de la realidad”.

En este intento para integrar las formulaciones que conciernen a la psicopatología de las psicosis con la teoría estructural, Freud parece haber empezado- a tomar en consideración la posibilidad de que las fantasías del psicótico están ligadas a aquellos elementos de la estructura yoica que han resultado de las identificaciones. Sin embargo, él no amplió este tema ni continuó con las conclusiones lógicas que surgirían en relación con la transferencia.

En “Fetichismo”, Freud (1927) discutió dos pacientes que negaban la muerte de sus padres, pero que ninguno de los cuales hicieron una psicosis. Este dato clínico sería contradictorio con su tesis de que sólo las psicosis se hallan al margen de la realidad. A continuación escribió (pág. 156): “Es cierto que hay una salida para esta dificultad. Mi fórmula sólo necesitaría ser buena cuando hay un alto grado de diferenciación del aparato psíquico (a diferencia de la infancia); se pueden permitir cosas a un niño que podrían significar una grave injuria para un adulto”. Sin embargo, los pacientes no habían simplemente “escotomizado” la muerte de sus padres. Ellos tenían una actitud disociada; la actitud del deseo y de la realidad existía lado a lado. Agregaba, “en una psicosis una de las corrientes —aquella que estaría de acuerdo con la realidad— debiera en realidad estar ausente”.

En “Esquema del psicoanálisis”, la última publicación de Freud con respecto a este

tema, hacia notar (1940:114) que ya fuera una situación real penosa, sumamente intolerable o una “intensificación extraordinaria” del instinto era lo que podía precipitar el comienzo de una psicosis. A continuación invertía su hipótesis original de una retracción completa de las catexias de las representaciones mentales, escribiendo (págs. 114-115): “El problema de las psicosis sería -simple e inteligible si la retracción del yo de la realidad tuviera lugar en forma completa. Pero esto raramente parece suceder. Aun en estados de pérdida de la realidad externa tan graves como los estados confusionales alucinatorios, uno aprende [...] que en algún remoto lugar de la mente hay una persona normal escondida, que observa las alternativas de la enfermedad y las mira pasar, como un espectador desinteresado”. Decía a continuación (pág. 115-116), “lo que ocurre en tales casos es una disociación en la mente. Dos actitudes mentales se han formado en lugar de una sola —una, la normal, que toma en cuenta la realidad, y otra que bajo la influencia de los instintos separa al yo de la realidad—.” “Si la segunda es o se convierte en la dominante, la condición necesaria para que aparezca una psicosis se hace presente. Si la relación es la inversa, entonces hay una aparente cura del trastorno delirante. En realidad, sólo se ha retraído en el inconsciente.” Freud, a continuación, sugería una vez más la existencia de un continuo de las afecciones psíquicas, que debían ser diferenciadas unas de otras fundamentalmente sobre la base de factores cuantitativos. Se puede agregar que él sugirió pero no llegó a llevar a cabo, una revisión mayor de la primera parte de sus formulaciones originales con respecto al desarrollo de las esquizofrenias, fundamentalmente en lo que se refiere a una total deatexia de los objetos seguida de una fase restitutiva. En esta última monografía, él sugería que el retiro completo de la catexia no tenía lugar.

A través de la cortesía del Dr. Dieter Eicke, estamos en condiciones de reproducir la traducción de una carta escrita por Freud en 1935. (<sup>7</sup>)

Tiene que ver con un paciente al que Freud trató psicoanalíticamente, presumiblemente entre 1920 y 1930. Aunque el paciente no era un esquizofrénico de acuerdo con Freud, era sin embargo un psicótico. De la sintomatología que se revista, ya sea el diagnóstico de esquizofrenia o de psicosis esquizo-afectiva parece ser posible.

A continuación se transcribe la carta de Freud:

Viena, .30-VI—1935

Estimado doctor:

Me he sentido sumamente conmovido por vuestra noticia de la muerte de Mr. X, desde que él me interesó sobremanera del punto de vista profesional durante varios años. No me preocupé mayormente su constitución típica o su clasificación desde el punto de vista psiquiátrico. Como Ud., yo no estoy satisfecho con el diagnóstico de esquizofrenia en este caso. Yo le voy a mencionar aquí a Ud. lo que yo creo y entiendo de los mecanismos psíquicos de su enfermedad.

---

<sup>7</sup> Esta carta ha sido publicada en su forma original por Binswanger (1956). En una comunicación personal recibida luego de haber sido escrito este capítulo, el Dr. Binswanger dijo que el paciente más tarde tuvo un empuje esquizofrénico-maniaco y subsiguiente-mente murió de fiebre catatónica. El paciente había tenido otros ataques antes de ser tratado por Freud, y luego de ser tratado por él, tenía penados de remisión en qua su estado mental era prácticamente normal. Pero de tiempo en tiempo requería tratamiento hospitalario.

Se quejaba de una pérdida total de su capacidad para trabajar y de una disminución del interés profesional y de los asuntos relativos a su trabajo. Yo fui capaz de volverlo al trabajo y a que fuera capaz de conducir sus asuntos, pero seguía incapaz de restituirse a sus trabajos teóricos. Nunca conseguí que llegara a estar del todo normal. El modo con el cual trataba los símbolos en su mente, y sus identificaciones confusas, sus recuerdos falsos y la forma en que se adhería a sus supersticiones delirantes, lo hicieron un paciente siempre psicótico; su estado de ánimo era siempre hipomaniaco. En cuanto a la etiología, uno debía seguramente pensar en factores constitucionales, pero quedaba la interrogante de una causa individual de su afección a la cual yo era incapaz de entestar. Sin embargo, un día tuve la oportunidad de observarlo más claramente. Había sido dejado solo en mi consultorio y se acusaba a sí mismo de una conducta indecente, un hecho que fácilmente hubiera podido mantener en secreto (había leído algunas notas privadas que se hallaban sobre mi escritorio), esta confesión me impresionó profundamente. Me sentí seducido a analizarla. Luego se sintió oprimido por algo que había hecho y que -le costaba mucho trabajo mantener en secreto. Yo le recordé que habitualmente hablaba en forma sumamente vívida de todas las fases e instancias de su vida, pero que omitía un gran descubrimiento técnico y sus implicancias. Tuve la impresión de que había actuado en forma reticente en lo que concierne a la historia de su invención, de que se acusaba de algo que pertenecía al invento, que trataba de negar. Yo no tenía ninguna idea de lo que podía ser. Sin embargo, dudaba de si era o no aconsejable continuar con el intento de -remover su negación con un paciente neurótico esto hubiera sido la única conducta correcta a seguir y hubiera prometido el fin de la afección, pero yo probablemente tenía razón al dudar de la influencia del análisis en un paciente psicótico. Al hacer el conflicto consciente, tenía temor de un nuevo empuje psicótico que luego no estuviera en condiciones de manejar. Por lo tanto, decidí dejar el tema y considerarme satisfecho con un éxito temporario e imperfecto.

Poco tiempo después, el paciente me dejó, pretendiendo que no podía estar más tiempo alejado de su trabajo. Afortunadamente para mi propio futuro yo me había rehusado a su invitación de trasladarme con él a Berlín. Poco tiempo después, llegó a oídos -míos a través de una persona de confianza, que el socio de mi paciente, con el cual él había trabajado en el invento y que ahora estaba trabajando en una firma en Checoslovaquia, lo había acusado de haberlo defraudado en cuanto a los derechos de posesión de la patente. Le había propuesto a mi paciente un arreglo el cual fue rechazado violentamente. Esto había ocurrido durante el período de su análisis conmigo, pero el paciente no lo había mencionado nunca y yo ni siquiera tenía conocimiento de la existencia de un socio. Mi paciente le siguió un pleito y lo perdió. No sé qué ocurrió más tarde. Sin embargo, yo tenía la impresión de que este material confirmaba mis sospechas. Mi paciente era un criminal neurótico, es decir, un estafador con una conciencia sensitiva. No podía resistir a la tentación de tomar más de los derechos que por la invención le correspondían y tenía que pagar con humillaciones inútiles por la culpa a que le instigaba su silencio. Aun su trabajo tenía el carácter de un autocastigo. Todos sus intentos inconscientes para evitar enterarse del odio hacia sí mismo mientras se defendía contra su conciencia de culpa inconsciente, eran inútiles. Posteriormente, hizo relación con un timador inescrupuloso y explotador tal como [nombre].

Con mis mejores saludos,

## Freud

Por lo menos dos puntos en relación con el hecho de haber Freud tomado a este paciente en análisis, al cual él consideraba cosita habiendo sido “siempre un psicótico” y en cuanto a la técnica que utilizó son significativos. Es probable que Mr. X haya sido el único paciente psicótico con el cual Freud intentó un psicoanálisis, luego de la presentación en 1911 y 1914 de sus formulaciones concernientes a la psicosis. Debemos preguntarnos por qué Freud nunca publicó la historia de este caso, desde que si lo hubiera hecho esto hubiera significado mostrar cambios en su punto de vista en lo concerniente a la aplicabilidad del psicoanálisis a las psicosis y probablemente hubiera también significado un estímulo para que otros analistas comenzaran este tipo de tratamientos.

A pesar de haber tomado a este paciente en Psicoanálisis, aparentemente tuve desde el principio un punto de vista pesimista, desde que escribía, “Yo probablemente tenía razón en dudar de la influencia del análisis en un psicótico”. Parecería que el tratamiento hubiera marchado bien hasta que Freud abandonó la técnica clásica y fracasé al perseguir el conflicto no resuelto, debido a su temor de un “nuevo empuje psicótico”. Qué es lo que Freud entendía por esto permanece oscuro, si tomamos en cuenta que dijo que el paciente era “siempre psicótico” y que Freud había iniciado el tratamiento mientras, presumiblemente, Mr. X estaba en un estado de descompensación psicótica. De cualquier manera, Freud creía que el eliminar una negación hubiese sido en detrimento del paciente, produciendo un estado clínico “que yo no hubiera estado en condiciones de manejar”. Por qué consideraba no encontrarse en condiciones de manejar tal situación, no fue explicitado por él. De esto se deduce, que confinaba así al paciente a una permanente psicosis, por el fracaso de analizar la naturaleza defensiva de la negación y el descubrir las motivaciones inconscientes del delirio. Es probable que el paciente sintiera el pesimismo de Freud y su temor, porque poco tiempo después de la investigación de la negación él lo abandonó. Parece razonable el sospechar que este análisis fracasé porque **Freud abandonó la técnica clásica.**

Podemos preguntarnos, en vistas a la conducta de Freud con este paciente psicótico-, si el análisis del hombre de los lobos no permaneció también incompleto debido a esta misma conducta. La presentación del caso por Brunswick y el relato de la técnica de Freud durante el primer análisis del hombre de los lobos no dan ninguna indicación de que esto fuere así. Sin embargo, no parece muy probable que ella lo hubiera criticado abiertamente. Sus explicaciones con respecto al fracaso de Freud en completar el análisis del hombre de los lobos son bastante poco convincentes. Concerniente al primer período del análisis, ella lo atribuye al arbitrario setting de terminación del análisis impuesto por Freud y a la supuesta imposibilidad del hombre de los lobos para analizarse con un hombre. Muchos pacientes que sufren de problemas profundos relacionados con una homosexualidad latente, han podido ser analizados exitosamente por hombres. Nosotros tenemos escasos datos en lo que tiene que ver con la técnica utilizada por Freud durante el período de tratamiento. Sin embargo, sabemos que durante el segundo análisis con Freud, el hombre de los lobos fue analizado gratuitamente y aun que Freud lo mantenía a él y su mujer. Es más, sabemos que durante el período de los próximos seis años durante los cuales Freud continuó ayudándolo con dinero, el hombre de los lobos estaba en posesión de las alhajas de la familia y conscientemente defraudaba a Freud. Podemos resumir diciendo

que el hecho de que Freud le pagara al paciente para que éste le viniera a ver. y para mantenerse en contacto con él, no fue satisfactoriamente analizado. Cuando el hombre de los lobos más tarde dijo que él se consideraba el hijo favorito de Freud, seguramente su juicio no estaba determinado enteramente por fantasías basadas en la transferencia. La similitud entre la fraudulencia del hombre de los lobos y de Mr. X en la carta de 1935 son obvias. Parece razonable el sospechar que una combinación de la contratransferencia combinada con el hecho de ser Freud envuelto por éste, concierne al punto de vista que se refiere a la imposibilidad de la cura de psicosis por el psicoanálisis y que lo llevaran a él a abandonar la clásica técnica analítica con el hombre de los lobos como con Mr. X, y a que surja la interrogante en cuanto a que esta modificación de la técnica haya sido la responsable de la incompletud del análisis en ambos casos.

## **BIBLIOGRAFIA**

Jones, Ernest 1953 THE LIFE AND WORKS OF SIGMUND FREUD 1856-1900. THE FORMATIVE YEARS AND THE GREAT DISCOVERIES. New York: Basic Books.

Kris, Ernst 1954 Introduction to Sigmund Freud, THE ORIGINE OF PSYCHOANALYSIS: LETTERS, DRAFTS AND NOTES TO WILHELM FLIESS. New York: Basic Books.

Breuer, Joseph and Sigmund Freud 1895 STUDIES IN HYSTERIA. New York: Nervous and Mental Disease Monographs, 1937.

Reichard, Suzanne 1956 A Re-Examination of STUDIES IN HYSTERIA. PSYCHOANAL. QUART., 25:155-177.

Freud, Sigmund, 1886, Beobachtung einer hochgradigen Hemianasthesie bei einem hysterischen Manne (Beiträge zur Kasuistik der Hysteria. I) WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT, 36:(49,5); cols. 1633-1638, 1674-1675.

Freud, Sigmund, 1914, On the History of the Psychoanalytic Movement. STANDARD EDITION, 1957, 14:3-66.

Zilboorg, Gregory, 1954, Personal communication.

Freud, Sigmund 1911 Psychoanalytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides). STANDARD EDITION, 1958, 14:1-82.

Freud, Sigmund 1940 AN OUTLINE OF PSYCHOANALYSIS. New York: Norton.

Freud, Sigmund 1895 On the Grounds for Detaching a Particular Syndrome from Neurasthenia under the Description Anxiety Neurosis. STANDARD. EDITION 1962, 3:87-117.

Freud, Sigmund 1894 The Neuro-Psychoses of defense: An attempt at a Psychological Theory of Acquired Hysteria and obsessions and of Certain Hallucinatory Psychoses. STANDARD EDITION 1962, 3:45-61.

Freud, Sigmund 1894 Obsessions and Phobias: Their Psychological Mechanism and Their Etiology STANDARD EDITION, 1962, 3: 69-82.

Freud, Sigmund 1896 Heredity and the Etiology of the Neuroses. STANDARD EDITION, 1962, 3:141-156.

Freud, Sigmund 1896a Further Remarks on the Neuro-Psychosis of Defense. STANDARD EDITION, 1962, 3:159-188.

Freud, Sigmund 1898 Sexuality in the Etiology of the Neuroses. STANDARD EDITION, 1962, 3:287-297.

Freud, Sigmund 1898a The Psychological Mechanism of Forgetfulness. STANDARD EDITION, 1962, 3:287-297.

Freud, Sigmund 1904 On Psychotherapy. STANDARD EDITION 1953, 7:255-268.

Freud, Sigmund 1904a Freud's Psychoanalytic Procedure. STANDARD EDITION, 1953, 7:247-254.

Freud, Sigmund 1909 Analysis of a Phobia in a Five-Year-Old Boy STANDARD EDITION, 1953, 7:3-149.

Kahlbaum, Ludwig, 1863. GRUPPIERUNG DER PSYCHISCHEN KRANKHEITEN. Danzig: Kafemann.

Kraepelin, Emil 1903 LEHRBUCH DER PSYCHIATRIE, Leipzig:Barth (7th Ed.)

Bleuler, Eugen 1911 DEMENTIA PRAECOX OR THE GROUP OF SCHIZOPHRENIAS. New York: International Universities Press~ 1950.

Freud, Sigmund, 1924, The Loss of Reality in Neurosis and Psychosis. STANDARD EDITION, 1961, 19:183-190.

Freud, Sigmund 1932 NEW INTRODUCTORY LECTURES. New York: Norton, 1933.

Freud, Sigmund 1900 The Interpretation of Dreams. STANDARD EDITION, 1953, Vols. 4 and 5.

Freud, Sigmund; 1914a, On Narcissism: An Introduction. STANDARD EDITION, 1957, 14:67-102.

Freud, Sigmund 1905 Three Essays on the Theory of Sexuality. STANDARD EDITION. 1953, 7:122-243.

Freud, Sigmund 1915 The Unconscious. STANDARD EDITION, 1957, 14:159—215.

Freud, Sigmund 1918 From the History of an Infantile Neurosis. STANDARD EDITION, 1955, 17:7-122.

Jones, Ernest 1955 THE LIFE AND WORKS OF SIGMUND FREUD, 1901-1919 YEARS OF MATURITY. New York, Basic Books.

Zetzel, Elizabeth R. 1965 Additional Notes upon a Case of Infantile obsessional

Neurosis: Freud 1909. Paper presented at the 24th International Psychoanalytic Congress. Amsterdam, July.

Brunswick, Ruth Mack 1928 A Supplement to Freud's A HISTORY OF AN INFANTILE NEUROSIS. INT. J. PSYCHQ-ANAL., 9:439-476.

Gardiner, Muriel 1953 Meetings with the Wolf Man. BULL. MENNINGER CLIN., 17:41-48.

Pious, William 1949 The Pathogenic Process in Schizophrenia. (1) Ego Psychology . (2) Relation of Super-Ego to Aggression and Ego Organization. (3) Instinct Theory. BULL MENNINGER CLIN., 13:152-159.

Pichon Rivière, Enrique; Algunas observaciones sobre la transferencia en los pacientes psicóticos. REV. PSICOANAL, 1961 18:131—138.

Searles, Harold F. 1963 Transference Psychosis in the Psychotherapy of Chronic Schizophrenia. INT. J. PSYCHO-ANAL.. 44: 249—291.

Hinsie, Leland E. and Jacob Shatzky 1940 PSYCHIATRIC DICTIONNARY: WITH ENCYCLOPEDIAIC TREATMENT OF MODERN TERMS. New York, Toronto: Oxford. University Press.

Arlow, Jacob A. and Charles Brenner 1964 PSYCHOANALYTIC CONCEPTS AND THE STRUCTURAL THEORY. New York: International Universities Press.

Freud, Sigmund 1920 Beyond the Pleasure Principle. STANDARD EDITION, 1955, 1803-66.

Freud, Sigmund 1923 THE EGO AND THE ID. London: Hogarth Press, 1949.

Freud, Sigmund 1917 Mourning and Melancholia. STANDARD EDITION. 1957, 14:237-258.

Alexander, Franz 1930 THE PSYCHOANALYSIS OF THE TOTAL PERSONALITY. New York, Washington: Nervous and Mental Disease Publishing Co.

Freud, Anna 1936 THE EGO AND THE MECNANISMS OF DEFENSE. New York: International Universities Press.

Hartmann, Heinz 1951 Technical Implications of Ego Psychology. PSYCHOANAL. QUART., 20:15-30.

Loewenstein, Rudolph M. 1951 The Problem of Interpretation. PSYCHOANAL. QUART., 20:1-14.

Waelder. Robert 1924 The Psychoses: Their Mechanisms and Accessibility to Influence. INT. J. PSYCHO-ANAL., 6:254-281.

Freud, Sigmund 1924a Neurosis and Psychosis. STANDARD EDITION, 1961, 19:147-153.

Freud, Sigmund 1924b A Short Account of Psychoanalysis. STANDARD EDITION, 1961, 19:191-212.

Freud Sigmund 1915a- Instincts and Their Vicissitudes. STANDARD EDITION, 1957, 14:103-140.

Freud, Sigmund 192-7 Fetichis-m. STANDARD EDITION, 1961. 21: 147-157.

Binswanger, Herbert 1956 Freuds Psychosentherapie. PSYCHE (Heidelberg).

Bernfeld, Siegfried 1944 Freud's. Earliest Theories and the School of Helmholtz. PSYCHOANAL. QUART.. 13:341-362.