

Problemas técnicos en el análisis de pacientes esquizoides

Alfredo J. Paineira

*“Mi trabajo fue escrito como reacción
frente a la despersonalización del
terapeuta y la terapia psicoanalítica”.*

Richard Sterba

I. Introducción

Hace ya varios años se inició en mí un intenso interés por el tema de la identidad, suscitado fundamentalmente por mi contacto con pacientes narcisistas, cuya patología mayor giraba en torno a “su modo de ser”, con vagas y molestas sensaciones de vacío, de inautenticidad en relación a todo lo que hacían, que en determinadas circunstancias se agudizaba dando lugar a angustiantes experiencias de despersonalización o a depresiones “en vacío”.

Hoy, a veinte años de iniciada mi actividad como psicoterapeuta he comprobado que el análisis de estos pacientes suele llevarnos a cuestionar las bases mismas y el sentido de nuestra práctica analítica y que en estos procesos analíticos el progreso del mismo cobra más el carácter de proceso que lleva a la personalización y a la adquisición de una identidad.

II. Algunas precisiones previas

En este trabajo se intenta delinear una teoría de la enfermedad, que en este caso sería, la CARACTEROPATIA ESQUIZOIDE, su psicopatología y génesis, y una teoría

de la curación toda vez que, siguiendo a Freud estoy convencido que una exige la otra y que ambas exigen el punto de partida empírico que es nuestra práctica clínica.

En lo que al proceso analítico en general hace; quiero adelantar que:

1) El paciente merced a la regresión transferencial, que provocamos por el encuadre analítico y el trabajo interpretativo, tenderá a revivir en la transferencia las articulaciones básicas de su propia historia, (aún aquellos fragmentos que por lo tempranos no han dejado huellas mnémicas rescatables como recuerdos.

2) El análisis constituirá una experiencia inédita, toda vez que el paciente hallará en el analista un NUEVO OBJETO, a más del VIEJO OBJETO, que a través de la experiencia transferencial se reactualiza en él.

3) Creo además que en los pacientes esquizoides las experiencias que nunca fueron recuerdo, por falta de representaciones de palabra serán las predominantes y las modalidades más primitivas de funcionamiento mental serán las que se actualicen.

III. El concepto de falso self— el falso self en los esquizoides

Me resultaron de gran valor los trabajos últimos de Winnicott en los cuales se afina el concepto de Falso Self.

Este autor sostiene que en toda persona hay una organización que podemos denominar Falso Self, que protege al verdadero self o a la Intimidad del Sujeto, y que en algunos casos llega a ocultar al verdadero self, inclusive a la mirada del propio sujeto, pero su “organización, extensión, y estructura varían en los diferentes cuadros psicopatológicos”.

Hay grados que van desde las medidas adaptativas automatizadas, útiles cuando se trata de manejarse prácticamente con las cosas, compatibles con la salud y las más graves perturbaciones en las cuales el Falso Self es tomado por el verdadero.

Winnicott señala cinco grados en la organización del Falso Self y los vincula con un área específica de patología.

1) En el extremo inferior: el Falso Self se establece como real siendo tomado por la Persona Real por el observador, no dejando lugar al Verdadero Self. En estos pacientes se registran tarde o temprano rupturas psicóticas.

2) En un segundo nivel. El Falso Self defiende, oculta y protege al Verdadero Self, al cual se le reconoce un potencial y se le permite una vida secreta. A este nivel ubicamos a los pacientes Esquizoides, y en ellos cuando se produce una ruptura, suele revelarse por una enfermedad clínica que cumple la función de preservar al individuo.

3) En un tercer nivel: El Falso Self busca las condiciones que permitan al Verdadero Self expandirse y tomar posesión de lo suyo.

Un fracaso obligará a una reestructuración de las defensas o al suicidio (a veces disfrazado de accidente por no ser totalmente consciente).

4) En un cuarto nivel: Neurótico, podríamos decir, postdepresivo, el Falso Self se edifica sobre identificaciones que sirven de protección al Verdadero Self en

situaciones de exigencia. (Por ejemplo en la histeria un requerimiento a nivel genital), pero que dejan un amplio margen para su expansión.

5) En un último nivel: En la Salud, el Falso Self se halla representado por toda la organización de la actitud social cortés y bien educada y por cierta reserva de lo más íntimo.

En los paciente s esquizoides nos encontramos con un paciente con un nivel 2 de organización, y en las fases avanzadas de su análisis, viviremos con él todos los riesgos y vicisitudes determinados por su paso gradual a un nivel 3 vinculado con la posición depresiva, lo que los enfrenta con una alternativa de hierro, proseguir, progresar, si hallan un medio apto, “facilitador”, para hacerlo, ola autodestrucción siempre preferible a la vida sin vida, una vez tomada cumplida conciencia de ese no vivir.

Resumiendo, en los pacientes esquizoides, se dan dos factores concurrentes:

- a) La disociación y la organización de un Falso Self que oculta al Verdadero.
- b) Una utilización del intelecto para resolver sus conflictos personales. Esto traerá como consecuencia:
 - 1) Una patología en la cual, hallaremos una fachada de buena adaptación social (lograda mediante la sumisión a las normas e ideales proyectados sobre ellos por los otros).
 - 2) Una existencia impersonal y vacua, sin la menor participación afectiva.
 - 3) Una vida secreta donde el fantasear improductivo, testimonia la escasa expansión del Verdadero Self, que en la medida en que resulta incomunicado e incomunicable se transforma en un compartimiento estanco sin posibilidades de enriquecimiento.

La fantasía, no es utilizada como preparación para la acción, ni como imaginación creadora, sino como sustituto de la acción.

IV. Algunas hipótesis genéticas: compaginación de algunas ideas de Mahler y Winnicott

Ambos autores cuyas conclusiones comparto, postulan el desarrollo infantil a partir de un estado de indiferenciación y de no integración, hacia la discriminación sujeto objeto y la individuación (Mahler) y personificación (Winnicott).

El ser Personal está pues, sujeto a un desarrollo que lo llevará a diferenciarse del objeto y a estructurarse e integrarse interiormente.

Para que esto, que forma parte de las potencialidades innatas del infante humano tenga lugar, será necesario, a más de la maduración de las estructuras, la buena actitud materna (ambiente facilitador), sin cuyo concurso el proceso todo está condenado al fracaso.

Otros autores como Paula Heimann, han mostrado la importante participación de los mecanismos mentales de proyección e introyección para que este proceso tenga lugar, y el sujeto pueda discriminar realidad y fantasía, y el interjuego a su vez corrija las distorsiones.

Las primeras actitudes espontáneas del bebé constituyen las más primitivas expresiones del Verdadero Self del mismo, la actitud materna como respuesta a esa actitud espontánea del bebé que exige un reconocimiento, será decisiva.

Una actitud negativa determinará un desarrollo eminentemente reactivo y una inhibición de toda ulterior creatividad.

Winnicott describe con palabras insuperables la primitiva experiencia de ilusión de la que se debe partir, en la cual la madre identificada con su bebé es capaz de responderle de manera adecuada.

Nos dice Winnicott: “Al comienzo, gracias a una adaptación de 100%, la madre ofrece al bebé la ilusión de que su pecho es parte de él. Por así decirlo parece encontrarse bajo su dominio mágico. Lo mismo puede decirse del cuidado del niño durante los momentos tranquilos entre una y otra excitación”.

Más adelante completa: “la tarea posterior de la madre consistirá en desilusionar al bebé en forma gradual, pero no lo logrará si al principio no le ofreció suficientes posibilidades de *ilusión*”.

El bebé crea una y otra vez a partir de su capacidad de amor o de su necesidad el pecho, y la madre coloca el pecho en el lugar y en el momento oportuno (donde y cuando el bebé lo creó).

Esa zona de ilusión será el germen del ulterior espacio transicional, ocupado originariamente por el objeto transicional que será la primera posesión no—yo del bebé, que representa al pecho sin serlo, iniciando un largo proceso de simbolización que desembocará en el área propia del juego, límite entre el sueño y la realidad culminando en la experiencia cultural.

Esa zona transicional se irá enriqueciendo tanto por el aporte de lo que el niño crea, como por lo que toma del mundo circundante, y constituirá una zona límite, de la mayor importancia para el ser humano, cuyo origen nunca debe ser cuestionado.

Más adelante se difundirá pasando a constituir la experiencia cultural, en la cual se va tejiendo una sutil trama entre lo que el individuo crea y lo que tenía (que de todas maneras será elaborado de manera subjetiva, como nos mostraba un paciente que en las fases finales de su análisis comenzó a hacer collages con frases recortadas, lo que según él constituían “microplagios”, aunque nadie nunca podría reclamar nada porque el sentido se lo había dado solamente él).

Desde ese espacio transicional, en el cual van a residir las creencias básicas del individuo, éste vive su propia existencia que lo lleva hacia el otro sin confundirse con él.

La madurez implicará la existencia de este espacio transicional y su ulterior integración y compaginación con los múltiples roles sociales que el sujeto deberá desempeñar, para que la conjunción de todo esto cristalice en eso que llamamos identidad personal.

V. El fracaso en los esquizoides

Hay un cierto consenso entre diversos autores (Fairbairn, Deutsch, Winnicott, Kahn), en que hay una falla materna específica, ocurrida en un momento específico. Esquemáticamente podríamos decir que la madre no logra convencer al bebé de que lo ama como persona independiente.

Estos mismos autores y sobre todo Mahler enfatizan la existencia de un primer vínculo con la madre que se rompe de manera súbita e inopinada.

Kanh enfatiza el valor de esa pérdida precoz, la ruptura precoz del vínculo materno-filial, y Mahler destaca la importancia de esa ruptura precoz que obliga al niño a hacer un falso desarrollo, asumiendo precozmente funciones maternas, que implicarán un desarrollo asincrónico e irregular de las diversas áreas del Yo, en beneficio de determinadas funciones cognitivas y en detrimento del desarrollo de funciones instintivo-afectivas.

Podríamos hacer la hipótesis de que estos pacientes, tras un buen inicio durante el cual fueron suficientemente deseados por la madre, catectizados al decir de Lichtenstein, pudiendo así iniciar una buena simbiosis y sentar las bases de la Identidad Primitiva, sufrieron una brusca interrupción del vínculo, precoz (en relación al desarrollo de su capacidad de soportarla) y súbita.

Esta interrupción pudo producirse, no sólo por desaparición física de la madre, sino por cualquier otro motivo que alterase el sutil intercambio madre—hijo, duelo de la madre, pérdida del interés de ésta, por ejemplo por otro embarazo, o a veces por una madre narcisista frente a la iniciación de la individuación de su bebé (cuyos primeros indicios sitúa Margaret Mahler hacia el 4º mes de vida).

La existencia del bebé sufre un brusco impacto. La simbiosis se rompe súbitamente y el sujeto debe confrontarse con la pérdida objetal cuando no está aún psicológicamente preparado para elaborar la mencionada pérdida.

En ese momento, según Masud Kahn ha supuesto, la única reacción posible ante la pérdida que deja como huella un gran vacío, un no objeto, una imagen en negativo del

objeto, que configurará un vacío vivido también como absoluto, es la introyección brusca de la situación anterior.

Recordemos brevemente que ésta, incluye un objeto omnipotente, idealizado, y un self omnipotente no discriminado del mencionado objeto, que es vivido como parte del sujeto.

Esto tiene una serie de consecuencias a saber:

1) La introyección de la situación anterior

a) A nivel del Ideal del Yo: la constitución de una instancia inalcanzable, cercana al Yo Ideal, en la cual la necesidad absoluta del bebé era colmada por un objeto absoluto que formaba parte de él.

Integrará metas inalcanzables, que jamás podrán ser colmadas por ninguna realización real del sujeto. (Así como tampoco podrá ser repetida la experiencia vivida en la relación real con ningún objeto)

b) El sujeto quedará disociado en un aspecto madre-que cuida y protege y un aspecto bebé-Oculto.

c) La experiencia fusional podrá ser imaginariamente alcanzada por un momento en los paciente esquizoides cuando se efectúa la conexión con el objeto que Masud Khan denomina conexión contrafóbica, o Happening, que pasa por un primer momento durante el cual el sujeto se ofrece al objeto y se transforma en indispensable para él, para luego decepcionarlo determinando el abandono por parte de éste. En el acmé de esta experiencia se vive una situación de mutua fascinación cuando el sujeto capta todos los deseos del objeto y se ajusta a ellos; que fatalmente termina en decepción.

2) La sumisión

En un intento desesperado por sobrevivir intentarán lograr una adaptación al medio muy característica.

Hipotéticamente el cambio que debieron soportar, implicó un aspecto “negativo”, la pérdida objetal ya estudiada, y un aspecto “positivo”, la reconexión a otro nivel con la “madre cambiada” (como propongo deno-

minarla) y/o con sustitutos, lo que logran mediante un rígido patrón adaptativo consistente en”:

- a) No catectización de los objetos exteriores.
- b) Captación de sus deseos y exigencias.
- c) Sumisión automática a los mismos.

Todo esto dará lugar a una sobreadaptación, lo que los hace “dóciles, encantadores y extraños a la vez”, por un lado, y a un ocultamiento de su Verdadero Self, que sólo podrá sobrevivir en el fantaseo secreto. Por otro lado se intentarán proteger de las experiencias que impliquen vinculación profunda en la medida en que suponen que toda buena relación será seguida inexorablemente de un abandono brusco.

VI. Resumen de algunas características salientes de los caracteropatas esquizoides

1) Disociación entre Verdadero Self que no entra en juego en las relaciones interpersonales. Y un Falso Self organizado como “unidades funcionales eficaces”, sin contactos mutuos casi, por la extensión del mecanismo de splitting, y que constituyen una coraza que uno de mis pacientes comparaba con una armadura brillante y luego con la caparazón de una tortuga y otro cotila gruesa cáscara de un huevo prehistórico cuyo interior era una incógnita.

Todo esto confiere a sus relaciones interpersonales un fuerte tono de impersonalidad.

2) Arrogancia y desprecio (siempre expresado discretamente) hacia los otros, vinculada con la sobrevaloración defensiva de todo lo interior, del pensamiento sobre todo (Fairbairn) y con la instrumentación de la agresión que se expresa a través de la negación del otro, de un “darlo por no existente”.

La indiferencia hace que el interlocutor tenga la clara vivencia de exclusión cuando intenta conectarse con ellos.

3) Sensación molesta de no ser ellos mismos, de incompletud, de vacío, constituyendo esa experiencia de vacío una constante que suele dar lugar a depresiones narcisistas, durante las cuales no hay asomo de culpa, sustituida por un sentimiento de absoluta desesperanza.

4) Tendencia a establecer vínculos persecutorios y a vivir situaciones conflictivas, que por un momento les hacen vivir la sensación de unificación, cosa que a veces logran también en las experiencias instintivas, lo que da un sello especial a sus experiencias sexuales, a través de las cuales buscan más esa unificación interior que una satisfacción instintiva.

Es bastante característico, por este mismo motivo, el curso de estas experiencias que se inician con cierto entusiasmo y terminan en decepción tras la culminación.

5) Otra característica que he observado en los pacientes esquizoides que he debido analizar, es la falta de posibilidades de utilizar la angustia como señal de alarma, lo que los lleva con frecuencia a enfrentarse inermes a experiencias peligrosas cuyo riesgo no alcanzan a prever.

Inclusive una de esas personas, por ejemplo, leía mientras manejaba su automóvil, lo que ante su sorpresa la llevó a estrellarse al cambiar “caprichosamente” la luz de un semáforo.

6) Enfermedades psicósomáticas. esto que lo señala Winnicott he tenido oportunidad de observarlo en numerosas ocasiones, aquí el cuerpo enfermo sirve de “válvula de escape”, y permite una cierta preservación del psiquismo en situaciones críticas; Winnicott recalca que suelen aparecer enfermedades físicas en las fases avanzadas del proceso analítico, y que aquí suele tener un significado diferente, dado que el paciente secretamente espera ser atendido y cuidado por el psicoanalista, ofreciéndonos así la oportunidad de prestarle esa ayuda.

VII. Las vicisitudes del vínculo transferencial-contratransferencial

*“El que enseña sólo hace que el que
aprende obtenga de sí mismo el saber*

Sócrates.

“Sólo oye el que calla y el que no calla no oye”.

Josef Pieper.

“El Ocio y la Vida Intelectual”

Estudiando “a posteriori”, varios procesos analíticos concluidos de pacientes esquizoides, creo poder llegar a algunas conclusiones útiles, en lo que respecta a los riesgos básicos que analista y analizado deberán sortear a lo largo del difícil camino que es el análisis.

Resumiendo los mencionados riesgos en cada etapa del proceso tal vez un poco arbitrariamente dividido podemos decir que:

1) Al comienzo y durante un trayecto variable, pero casi siempre prolongado, el riesgo mayor es el aburrimiento y la pérdida del interés, como consecuencia de la exclusión casi absoluta de que es objeto el analista.

Es estas etapas, el analista corre el riesgo si quiere cumplir con su “buena conciencia analítica” a toda costa, interpretando a ultranza y olvidando que su primera función es sobrevivir y la segunda saber escuchar, de convertirse en un interpretador automatizado de fantasías universales”, que el paciente aceptará por lo general de buen grado, ya que le permitirán construir una teoría más completa acerca de su enfermedad, “enfermando más y mejor” con la ayuda del analista (parafraseando a Liberman cuando se refiere a la iatrogenia).

2) Superando este primer riesgo merced a un genuino interés y a una actitud uniformemente afectuosa y mediante la sistemática interpretación de las distorsiones que se producen en el circuito de la comunicación, nos enfrentaremos con un segundo riesgo.

Este se presenta cuando, el paciente ha establecido una buena alianza terapéutica, un vínculo de confianza con el analista (que ha soportado la primera prueba capital con éxito), se inicia una regresión que al principio nos sorprende, que suele ser rápida en su evolución y el paciente comienza a “desintegrarse”, por así decirlo.

Paradójicamente la buena marcha del proceso determinará un empeoramiento clínico.

Es necesario destacar que este empeoramiento clínico es consecuencia del paulatino resquebrajamiento del Falso Self, dejado atrás por la regresión transferencial, y que éste es uno de los fines que el análisis persigue. No siempre los analistas estamos en condiciones de afrontar esta fase sin alarmarnos (y por ende alarmar al paciente que en este período se siente reflejado en nuestras respuestas) y sin intentar utilizar medidas antianalíticas (consejo, internación, medicación, terapia familiar, etc.). frustrando el trabajo realizado de manera definitiva, al intentar suplir mediante medios artificiales la continencia y el sostén que el encuadre analítico y la persona del analista deben proporcionar, respetando los preceptos técnicos habituales.

Aquí justo es recordarlo, *cuando actuamos correctamente hacemos de marco de rompecabezas dentro del cual el paciente se irá armando.*

Escuchando el discurso disperso, no intentando cerrar el proceso mediante sesudas interpretaciones precoces, que a veces intentan inclusive conferir sentido a lo sin sentido a lo sin sentido, y a veces repitiendo fragmentos del mismo, ordenados, con muy pocos elementos interpretativos incluidos. Es de vital importancia también, tener alerta el tercer oído analítico, con el cual debemos saber escuchar las veladas manifestaciones del inconsciente y del verdadero self del paciente.

3) Durante el período de idealización que sigue, entrará en juego más aún la Persona Toda del analista y la suerte del análisis dependerá del grado de resolución de los conflictos más primitivos del analista, vinculados a su propio narcisismo y su capacidad para el amor objetal, así como también la correlativa reducción de su omnipotencia.

El peligro se incrementa además, porque el canto de las sirenas en el caso de los pacientes esquizoides será muy sutil, es un experto en el arte de captar los deseos secretos del otro y someterse aparentemente a ellos. Creará una atmósfera sutil de idealización, que nos hace sentir importantes, lo que se agrava cuando se postula como el “mejor paciente del mejor analista del mundo”.

Se corre el riesgo de recrear tal cual, la situación originaria, del vínculo narcisista promovido por la madre y por el niño, vínculo narcisista por partida doble que en su versión original terminó abruptamente por un súbito abandono o cambio de la madre. El paciente intentará inclusive una vez logrado su primer

objetivo inconsciente; desilusionar al interlocutor y hacerse abandonar o ... abandonar él.

En un análisis en el cual el narcisismo del analista interfiera gravemente a este nivel, se puede producir un alta precoz, al hacer el paciente una pseudocuración basada, no en el insight, sino en la identificación masiva con el analista o con el objeto que el analista desea que sea.

Así se habrá cerrado el ciclo con un fracaso y el analizado perfecto se habrá transformado en el discípulo perfecto...

4) El cuarto riesgo, derivará de la tolerancia o intolerancia por parte del analista en relación a la depresión del paciente. La depresión va a tener un matiz distinto de la depresión en vacío, sin culpa, con un estado afectivo de gran desesperanza, propia del esquizoide, ésta va a ser por el contrario una depresión “evolutiva”, de un paciente que por fin ha adquirido la capacidad de deprimirse, acompaña al insight profundo y abarcador al cual el paciente llega en las fases avanzadas de su análisis.

El estilo del paciente cambia y aparecen elementos típicos del estilo lírico, expresándose el paciente mediante metáforas alusivas y creaciones estéticas (Lieberman).

En esta fase, los pacientes esquizoides, instrumentando su creatividad naciente y su flamante capacidad de visión sintética de sí mismos, suelen expresarse plásticamente mediante modelos sumamente adecuados, que constituyen gestalts significativas de gran valor para el analista si sabe captarlas y comprenderlas como expresiones de la visión que el paciente tiene de sí mismo en un momento dado.

Adquirirán un gran valor para el paciente cuando le son devueltas por su analista con ligeras modificaciones.