

Una investigación sobre la necesidad de los pacientes neuróticos y psicóticos de actuar durante el análisis

Herbert A. Rosenfeld

(Londres)

RESUMEN

En este trabajo he sugerido que cierto acting out es parte inevitable de todo análisis, porque en la transferencia el paciente repite la manera como se alejó de sus objetos primarios, en particular de su relación primaria con el pecho materno. Que el paciente actúe parcial o excesivamente, depende del grado de hostilidad con que se haya separado de este objeto. El paciente que rechazó al objeto primario con excesiva hostilidad, y que por lo tanto actúa mucho, está fuertemente fijado a su objeto primario en los más tempranos niveles del desarrollo, la posición esquizoparanoide, y tiene un Superyo predominantemente perseguidor. Estos factores explicarían porqué los pacientes que usan excesivamente el acting out, muestran una marcada tendencia a regresar a estas etapas tempranas de fijación, cuando comienzan a sentir culpa por el excesivo acting out en el análisis que afecta sus actividades cotidianas.

Los pacientes que se han alejado de sus objetos primarios de manera menos hostil, actúan sólo parcialmente en el análisis y se muestran capaces de establecer relaciones objetales, características de la posición depresiva descrita por Melanie Klein. El trabajo del analista frente a este excesivo acting out consiste en analizar la fijación al nivel esquizoparanoide, las ansiedades paranoides relacionadas con el hostil alejamiento del objeto primario y las defensas que evitan la normal elaboración de la posición depresiva. Si tenemos éxito en movilizar las ansiedades depresivas, la culpa y la reparación en nuestros pacientes, se tornarán más colaboradores y cesará el excesivo acting out.

En los esquizofrénicos latentes o crónicos, el acting out toma un curso

diferente, porque con su excesivo acting out huyen del estado confusional en el que los objetos buenos y malos no pueden ser diferenciados. Esto hace que su acting out constituya una tarea particularmente difícil de elaborar porque es el propio progreso en el análisis que amenaza traer a la superficie y agudizar el estado confusional, llevando, a menudo, a una hospitalización temporal o a una interrupción del análisis.

La psicopatología del estado confusional agudo ha sido magníficamente aclarada por el descubrimiento del importante rol que desempeña la envidia excesiva en impedir el splitting normal. Esto ha abierto nuevas vías para la mejor comprensión y análisis de las ansiedades básicas de los esquizofrénicos y sus defensas contra ellas, entre las cuales el acting out excesivo es importante.

Al investigar la necesidad que tienen los pacientes de actuar durante el análisis, he comprendido que cierto acting out ocurre en todo análisis, y puede ser justificado decir que un acting out no sólo es inevitable sino que es parte esencial de un análisis eficaz. Es sólo cuando este acting out aumenta y se torna excesivo que, tanto el paciente como el análisis, se ven perjudicados.

Ya en el año 1914, Freud trató el problema del acting out. Explicando el proceso del análisis, expresa: "Podemos decir que el paciente no recuerda nada de lo que ha olvidado y reprimido, sino que lo actúa" (Freud, 1914 a). Relaciona entonces el acting out con la compulsión a la repetición y continúa: "Mientras el paciente está bajo tratamiento, no escapa a la compulsión de repetición; al fin se llega a comprender que esa es su manera de recordar". Luego dice: "Pronto percibimos que la transferencia es en sí misma sólo una parte de esta repetición y que ésta es una transferencia del pasado olvidado no sólo sobre el analista, sino también sobre todos los aspectos de su situación corriente. Debemos, pues, estar preparados para ver que el paciente se abandona a esta compulsión a la repetición, que ahora reemplaza al impulso de recordar, no sólo en su actitud personal hacia el médico, sino también en todas las otras relaciones y actividades que ocupan su vida en ese momento".

En esta formulación, Freud enfatiza la íntima relación que existe entre el acting out y la transferencia, que inevitablemente interviene en todos los aspectos de la vida del paciente. Establece también claramente el hecho de

que debemos reconocer la reactivación de experiencias pasadas, lo que significa acting out, como el método mediante el cual el paciente recuerda.

Estoy totalmente de acuerdo con el punto de vista de Freud de considerar esta reactivación, o acting out, como parte necesaria de todo análisis, y propongo llamarla “acting out parcial” para diferenciarla del acting out excesivo o total, que Freud trata en la segunda parte del mismo trabajo. Allí señala que el acting out está relacionado con la fuerza de las resistencias del paciente y se infiere que su técnica de aquel momento, consistente en el análisis de las resistencias y el enfoque de la manera como la transferencia penetra en la vida corriente, no era todavía un instrumento terapéutico adecuado. Para prevenir el acting out excesivo, Freud, por un lado, ejercía constante presión para que el paciente recordara en vez de actuar y, por otro, prohibía al paciente contraer nuevas actividades importantes mientras estuviera en tratamiento. Resulta claro que el concepto de que la transferencia interviene en la situación corriente confiere serias responsabilidades al analista, pues está inevitablemente ayudando mediante la transferencia a reactivar la repetición de situaciones pasadas.

Hay muchos analistas que siguen el consejo de Freud y luego de Ferenczi, de usar prohibiciones para reducir el peligro del acting out, pero la mayoría de los autores que han escrito sobre el tema, como Fenichel y Greenacre, están de acuerdo en que estas prohibiciones no evitan el acting out excesivo. Si consideramos el acting out como parte importante y necesaria de cualquier análisis, debemos encarar el hecho de que la prohibición de ciertas actividades, tanto al comienzo como durante el análisis, debe, necesariamente, interferir con su curso normal. Después de todo, lo que queremos es reactivar situaciones pasadas y no suprimirlas desde un comienzo. La respuesta al problema, independientemente de si estamos en presencia de un acting out total o parcial, parece apuntar hacia otra dirección: una mejor comprensión de la transferencia como reactivación de las relaciones de objeto tempranas, incluyendo las tempranas ansiedades y mecanismos de los que el desarrollo del Yo depende. Esto hace necesario desarrollar una técnica que no sólo descubra las resistencias y ponga en evidencia las defensas del Yo maduro, sino que nos habilite para seguir con detalle lo que es transferido del pasado, estudiando las interrelaciones entre la situación analítica y la vida cotidiana del

paciente. Estoy aquí siguiendo fielmente el punto de vista y la técnica de Melanie Klein, tal como los establece en su trabajo sobre “Orígenes de la transferencia” (1952): “Mi concepto de la transferencia como enraizada en las más precoces etapas del desarrollo y en profundos niveles del inconsciente, es más amplio y comprende una técnica por la cual, del material presentado, se deducen los elementos inconscientes de la transferencia; por ejemplo, la información dada por los pacientes sobre su vida diaria, actividades y relaciones, no sólo proporciona insight sobre las funciones del Yo, sino que revela también si exploramos sus contenidos inconscientes, las defensas contra las ansiedades despertadas en la situación transferencial. Pero el paciente se ve obligado a enfrentarse a los conflictos y ansiedades reexperimentados hacia el analista con los mismos métodos que usó en el pasado. Es decir, que huye del analista como intentó huir de sus objetos primarios; trata de disociar la relación, conservándolo como una imagen buena o como una mala; desvía los sentimientos y actitudes experimentados para con el analista hacia otras personas de su vida corriente, y esto es parte del acting out”.

Al igual que Freud, M. Klein enfatiza la reactivación de experiencias pasadas en el análisis y su participación en la vida diaria. Añade, sin embargo, la razón por la cual cree que esta reactivación de experiencias tempranas en el análisis conduce forzosamente a la necesidad del acting out en la vida cotidiana y ésta consiste en que, en su análisis, el paciente repite la manera como, originariamente, se alejó de su objeto primario.

Desarrollaré este punto de vista aún más. Sugiero que la capacidad del paciente para cooperar en el análisis con sólo un acting out parcial o el que sea constantemente llevado al acting out excesivo, depende del monto de la hostilidad con que me alejó de su más temprano objeto, es decir, del pecho materno.

Si ha habido poca hostilidad en esta huída del pecho, encontraremos durante el análisis solamente un acting out parcial, siempre que la transferencia sea plenamente entendida e interpretada * y esto inclusive cuando las fases

* Quiero aclarar que he tenido que delimitar el área de discusión y que me estoy concentrando sólo en la necesidad de los pacientes de actuar. Un excesivo acting out puede ser provocado artificialmente por una defectuosa técnica psicoanalítica, o por un analista que al proyectar sus propios problemas al paciente lo lleva al acting out. Fenichel y Greenacre señalan que es a menudo la contratransferencia de un analista perturbado que lleva al paciente al excesivo acting out.

orales tempranas del desarrollo infantil están siendo revividas en la transferencia.

Por otro lado, la necesidad del paciente de efectuar un excesivo acting out está en mi opinión, siempre relacionada con una huída excesivamente hostil de los objetos primarios. Para poder llegar a una posible solución terapéutica de nuestro problema, debemos examinar algunos de los factores que pueden ser responsables de la manera como se produce esa huída del objeto primario. Siguiendo las observaciones de M. Klein sobre el temprano desarrollo infantil, opino que el niño experimenta siempre amor y odio hacia el pecho desde el comienzo. Los tres primeros meses de la vida del niño se caracterizan por un splitting en su relación con el pecho, en uno bueno y uno malo, y también por mecanismos de defensa esquizoides, que son usados por el niño para elaborar sus propias ansiedades, que, en estas primeras fases del desarrollo, son de tipo paranoide. El monto de la ansiedad paranoide, depende de la fuerza de los sentimientos hostiles experimentados durante esta fase temprana, mientras que la hostilidad depende por igual de factores innatos internos y/o de factores externos.

Si la hostilidad, y por lo tanto la ansiedad paranoide de esta fase temprana, no es excesiva, la disociación entre el objeto amado y el odiado no es muy rígida; el niño pronto descubre que su amor y su odio están dirigidos hacia un mismo objeto. Esto le permite experimentar sentimientos de culpa y depresión y las ansiedades se centran entonces en el temor a perder el objeto bueno. Esto aumenta su capacidad de amar y de introyectar un objeto bueno de manera más segura, cosa que fortalece al Yo y le hace posible soportar la frustración sin perder totalmente el amor. Esta fase del desarrollo ha sido denominada por M. Klein, "posición depresiva". Si el niño es capaz de elaborar las frustraciones en un nivel depresivo, se infiere que en las frustraciones inevitables de la niñez, será lo suficientemente capaz de desplazarse desde el objeto primario hacia uno secundario sin excesivo odio hacia el primario, de manera que éste no sea vivenciado como enteramente malo. De manera que, cuando, por ejemplo, el paciente está lleno de hostilidad hacia su analista, por una razón u otra, y utiliza el acting out yendo hacia el mundo exterior para encontrar objetos buenos, retiene alguna buena relación con el analista y consecuentemente cierto insight y cooperación en el análisis. Bajo tales

circunstancias, la transferencia negativa puede ser elaborada sin un desastroso acting out.

Pero si en la infancia se experimenta una excesiva hostilidad, y en consecuencia una ansiedad paranoide también excesiva, se produce durante la fase esquizoparanoide una fijación de objeto. Cuanto más fuerte sea esta fijación y cuanto más profunda sea la disociación entre el objeto malo y el objeto idealizado, mayores serán las dificultades luego para elaborar La posición depresiva, de la que depende la capacidad del individuo para superar las frustraciones sin perder enteramente al objeto bueno.

Esto significa también que la actitud para con los objetos (característica de la fase paranoide temprana) de disociarlos en uno bueno y otro malo, no está suficientemente modificada, y cuando el niño abandona al objeto primario por el secundario, lo hace con intensa agresividad, dejando al objeto primario como totalmente malo y yendo hacia el secundario como enteramente bueno, o más bien, idealizado. De esto se infiere que no se retiene ninguna buena relación con el objeto primario en este alejarse. Como en este proceso el objeto primario, el pecho, es también introyectado bajo forma persecutoria, ninguna introyección de un objeto amado puede ser retenida; y a pesar de la necesidad de más y más buenas relaciones ideales con objetos, la ansiedad persecutoria primaria pronto se reafirma e incluso el objeto secundario pronto se convierte en malo.

El paciente que está intensamente fijado a la posición paranoide-esquizoide y que se aparta de su objeto primario con intensa hostilidad, actúa intensamente. De este modo repite constantemente sus tempranas relaciones objetales. Maneja las frustraciones disociando al analista en un objeto bueno y otro malo y constantemente actúa en forma extremadamente repetitiva, proyectando en un objeto externo tanto a la figura ideal mente buena del analista como a la mala. En ambos casos está huyendo del analista como objeto real, de una manera completamente hostil. Esto no permite lograr el insight, porque para que un verdadero insight se desarrolle, es necesario cierto reconocimiento de una relación con el analista, en la cual los sentimientos buenos y malos puedan ser tolerados simultáneamente. Si este paciente encuentra nuevos objetos y desarrolla nuevos intereses, pronto se ve que los sentimientos hostiles y el rechazo hacia el analista son las fuerzas motrices que

lo conducen a estas actividades, o son sentidos como los responsables de ellas. Esto hace difícil al paciente proseguir y tener confianza en sus actividades externas. Estas pueden cesar pronto y el paciente recae, conduciendo esto a lo que parecería una reacción terapéutica fuertemente negativa; o debe buscar constantemente nuevos objetos y actividades, cuya búsqueda es también un elemento del comportamiento maníaco. Esto puede ser una explicación del porqué se encuentra a menudo excesivo acting out en pacientes maníacos.

Si ahora tratamos de extraer conclusiones de nuestra investigación, la dirección que debe seguir nuestra terapia se hace más clara. Si el acting out parcial es considerado como un proceso cooperativo y necesario, la terapia debe intentar ayudar al paciente que tiende al acting out "in toto", para llevarlo a un acting out parcial. Esto significa que debemos analizar, en la transferencia, la fijación del paciente en un nivel paranoide del desarrollo y las defensas que le impiden la elaboración de sus sentimientos depresivos; en otras palabras, el analista debe tratar de movilizar la capacidad del paciente para experimentar amor, depresión y culpa. Si el análisis tiene éxito, el amor y el odio se tornan menos disociados y ambos pueden ser cada vez mejor experimentados hacia el analista como objeto único. Esto proporciona al paciente insight sobre la hostilidad contenida en el acting out excesivo. Aparecerá, entonces, la depresión en la situación transferencial y el problema del acting out disminuirá. El resultado final dependerá de la capacidad del paciente de introyectar en forma segura al analista como objeto bueno y de transferir y proyectar los sentimientos buenos en actividades externas y en objetos secundarios, con una mínima hostilidad hacia el analista, representante de los objetos primarios. Este tipo de acting out en el que nuevas actividades e intereses puedan desarrollarse, es por supuesto la base necesaria para que cualquier análisis sea exitoso. Sin él, ningún análisis puede darse por terminado exitosamente.

Existe, sin embargo, el peligro de que el análisis de los pacientes que actúan excesivamente, pueda seguir otro curso. Pueden bruscamente intentar deponer la mayoría de las actividades del Yo y sus relaciones con objetos de la vida corriente y mostrar un comportamiento marcadamente regresivo en el análisis, comportándose como un niño pequeño y dependiente, por ejemplo, pueden pedir constantemente consejo, reaseguramiento, sesiones extra y otras

manifestaciones de amor del analista, de manera de no sólo usar ellos mismos el acting out, sino tratar de inducir al analista a usarlo también él.

Esta regresión es a veces inevitable. Pero el peligro de una regresión profunda, a veces hasta la psicosis, se ve aumentado si el analista es tomado de sorpresa, o si, al percatándose del problema, no maneja adecuadamente las razones de esta regresión' o si la favorece siendo incapaz de resistir la presión del paciente que lo tienta constantemente a actuar.

El riesgo de tal regresión es mayor cuando el análisis ha tenido éxito en movilizar sentimientos de transferencia positiva, y el paciente se da cuenta de que toda su actividad y sus relaciones objetales, incluyendo su sexualidad adulta, están basadas en un alejarse hostil del objeto primario, representado por el analista. Siente entonces una profunda culpa por todo lo que hace fuera del análisis, porque representa una independencia hostil frente a su analista. Estos sentimientos de culpa son difíciles de sobrellevar por contener no sólo elementos depresivos, sino también paranoides. Si predominan las ansiedades depresivas en el Superyo, la necesidad de reparar puede afirmarse, y entonces el excesivo acting out da lugar a una normal cooperación en el análisis mediante un acting out parcial. Pero si las ansiedades paranoides en el Superyo entran a dominar, el intento de reparación falla y el paciente regresa a la fijación temprana a la madre en un nivel esquizoparanoide. Es éste el momento en que debemos tratar la regresión en la transferencia y en que el paciente comienza a actuar excesivamente con el analista.

El significado de este comportamiento debe ser visto desde dos ángulos muy relacionados entre sí. En primer lugar, el analista representa, en esta regresión, al objeto primario que acusa al paciente de haber edificado su propia vida a sus expensas, huyendo hostilmente de él para dedicarse al objeto secundario y a otras actividades; entonces, el paciente siente, inconscientemente, que la mejor manera de aplacarlo es abandonar todas sus actividades y actuar como un bebé. Esta es una causa común del tipo de acting out caracterizado primariamente por un comportamiento infantil. En segundo lugar, este acting out en la regresión, debe ser visto como un intento desesperado de inducir al analista a actuar hacia el paciente con una manifiesta actitud amistosa, de manera de manejar en alguna forma otro aspecto de la persecución que espera del analista, como representante del objeto primario; el paciente anticipa que toda la hostilidad manifestada por él en

el acting out excesivo, conducirá a la retaliación del analista mediante las mismas actividades hostiles. Trata con todas las posibilidades a su alcance de obtener una actuación amistosa de su analista para ocultar y contrarrestar estos temores.

Al manejar este acting out en el análisis, es de primordial importancia para el analista mantener la situación analítica y resistir la constante presión del paciente que lo lleva al acting. Esto, en mi experiencia, sólo es posible si el analista se da cuenta de que estas abrumadoras demandas de una buena relación están encubriendo el intenso temor persecutorio, temor que está basado en sus propias actividades hostiles cuando se alejó del objeto primario. Si el análisis de los temores persecutorios va poco a poco movilizando las ansiedades depresivas y las necesidades de reparar, el acting out por medio de la regresión disminuye.

Expondré ahora, muy brevemente, material clínico de una paciente que, luego de un excesivo acting out, estaba encaminada hacia una regresión total en el análisis. Había existido un constante peligro real de que abandonara su tratamiento, de que se internara en un hospital para enfermos mentales o de que se suicidara. Sufría de una grave depresión con dificultades en el comer. Había previamente actuado en exceso su agresivo desplazamiento de la madre hacia el padre en el período del destete, alejándose agresivamente del analista y yendo hacia una figura masculina idealizada de la vida corriente. El análisis la habilitó para evitar un acting out total cuando amenazaba con abandonar el tratamiento. Cuando más tarde se hizo consciente de que todas sus actividades intelectuales y su interés por los hombres se relacionaban con su menosprecio y hostilidad hacia la madre, que yo representaba, sintió que tenía que volver a una buena relación conmigo, como madre, en vez de ridiculizarme y engañarme constantemente como lo había hecho por un tiempo. Trató de cooperar nuevamente conmigo y luego de varias semanas dijo no tener más amigos que yo, pidiéndome confianza y amor e inclusive demostrándome que cada vez era menos capaz de cuidarse. En una sesión se portó realmente como una niña pequeña, que no sabe hacer nada, ni siquiera caminar o pensar. Me decía que ahora yo debía hacer todo por ella, que debía llevarla a una nursery porque se sentía incapaz de hablar y de comer, por lo que moriría. Dejó de responder a cualquier interpretación y permaneció inmóvil. Esta situación me parecía como extremadamente alarmante, hasta que le interpreté

que ella no podía moverse ni hablar porque sentía que todo lo que hacía estaba mal y, por lo tanto, debía dejar de hacerlo. Respondió casi inmediatamente diciendo que durante todo el día no había podido dejar de pensar en que: “Todo lo que estoy haciendo está mal. No puedo seguir así. Debo parar.

Le interpreté que se sentía así porque vivía su amistad con otras personas y sus actividades, caminar, hablar, comer e incluso pensar, como actos hostiles para conmigo, por lo que debía detenerlos. Casi inmediatamente se tomó nuevamente capaz de pensar y de cooperar conmigo en las sesiones. Esta situación tuvo lógicamente que ser trabajada muchas veces pero el análisis fue capaz de evitar una regresión total. Una de las principales dificultades en este análisis, fue la constante presión de la paciente para inducirme al acting out. Necesitaba desesperadamente verme comportar de un modo amistoso, porque temía mi crueldad; una ansiedad específica era que yo trataba de hacerla totalmente dependiente de mí para mostrarle que yo, como una madre, era superior a ella, como un bebé, y que luego la abandonaría como ella había intentado hacerlo conmigo en las primeras etapas del tratamiento. La dificultad de este análisis radicaba en que, mientras ella buscaba constantemente en su vida exterior una madre amante y buena, su madre interna era vivenciada como extremadamente cruel, en correspondencia con su propio y hostil alejamiento en la infancia; por lo tanto, ninguna de las imágenes externas que encontraba era digna de confianza.

Muchos de los pacientes fijados al nivel esquizoparanoide, presentan problemas adicionales que complican el tratamiento. El proceso del splitting temprano interfiere con la capacidad para el pensamiento verbal y la sublimación, así como con otros aspectos del desarrollo normal del Yo.* En consecuencia, podemos anticipar en pacientes que actúan excesivamente, grados variables de debilidad y perturbaciones del Yo, interferencias con la capacidad para el pensamiento verbal e inhibiciones para la sublimación. Estos problemas acrecientan las tendencias del paciente a enfrentar las dificultades con la acción más que con el pensamiento. Greenacre (1950) señala que los pacientes actuadores han sufrido “mas o menos perturbaciones emocionales en los primeros meses de su infancia, con una oralidad incrementada, una tolerancia a las frustraciones disminuida y un narcisismo aumentado”.

* Me refiero aquí a la labor de la Dra. Segal y del Dr. Bion sobre estos problemas

Encontró, también, perturbaciones en el pensamiento verbal, que relaciona a dificultades en el segundo año.

Hay, por supuesto, pacientes cuya enfermedad se caracteriza por un acting out en su vida cotidiana. Fenichel describía algunos de ellos como neurosis impulsivas o “actuar personajes” e incluye entre ellos delincuentes, perversos, etc. He observado que pacientes psicóticos agudos están continuamente actuando en su vida. Los pacientes que sufren de este “actuar personajes”, o aquellos a los que su enfermedad los lleva a actuar continuamente en su vida, utilizarán igualmente un acting out excesivo durante su análisis. Sus actings out contendrán todos los elementos aquí considerados, pero incluirán también otros factores específicos de su enfermedad. No puedo referirme a todos los problemas relacionados con estas enfermedades, pero me concentraré en el acting out de esquizofrénicos crónicos durante sus análisis. De nuestra investigación hasta la fecha, esperaríamos encontrar en esquizofrénicos tendencias extremas al acting out durante el análisis, tanto por el grado de su fijación en la posición esquizoparanoide como por la intensa hostilidad con que se alejaron de su objeto primario. Además de los factores mencionados, existe un problema en la esquizofrenia crónica que, en mi opinión, incrementa la necesidad del acting out. Este problema es el estado confusional agudo contra el cual, tanto esquizofrénicos latentes como crónicos, deben constantemente defenderse. Si el análisis está progresando y las emociones relacionadas con este estado confusional aparecen en la transferencia, el paciente usa un excesivo acting out como defensa contra esta situación.

Discutiré primeramente la psicopatología del estado confusional con cierto detalle. En mi trabajo sobre “Estados confusionales en la esquizofrenia crónica”, propuse que cuando uno de estos pacientes avanza en su análisis y el proceso de splitting disminuye, es probable que aparezca un estado confusional. Allí describí cómo, cuando el amor y el odio se acercan y predominan los impulsos agresivos, el paciente no experimenta ni ansiedad ni culpa ni, como resultado, mejor integración, sino que sucede que su amor y su odio, sus objetos buenos y sus objetos malos se confunden. Pensé que el estado confusional del esquizofrénico debe basarse en estados confusionales tempranos en los que no pueden mantenerse separados los objetos buenos y malos. Sugerí que el proceso de splitting se refuerza o, en su defecto, se desarrollan otros, como defensa contra el estado confusional.

En posteriores trabajos sobre esquizofrenia, me he concentrado más en la importancia de la confusión entre objeto y self, causada por la identificación proyectiva, como uno de los caracteres del estado confusional.

En su libro "Envidia y gratitud", Melanie Klein aclaró el problema de la confusión y de los estados confusionales. Establece que una envidia excesiva, corolario de los impulsos destructivos, interfiere con la edificación de un objeto bueno, de manera que la separación entre pecho bueno y malo no puede efectuarse suficientemente. Como resultado, la diferenciación entre bueno y malo, se halla luego perturbada en varios aspectos, por razones que describe en detalle. Por ejemplo, sugiere que una excesiva envidia interfiere con la capacidad del niño de lograr una completa satisfacción, aun cuando las circunstancias externas sean satisfactorias, y aumenta la intensidad y duración de los ataques sádicos al pecho, haciendo así más difícil para el niño recuperar el pecho bueno perdido. M. Klein piensa que la falla básica de no poder disociar al objeto bueno del malo, es la responsable de los estados confusionales de la temprana infancia y posteriores. De esta descripción se puede extraer la conclusión de que la agudeza y duración de los estadios confusionales debe relacionarse con la intensidad de la envidia innata y es, por supuesto, con extremos estados confusionales con los que nos enfrentamos en la esquizofrenia aguda. (Quiero enfatizar aquí que no estoy ignorando factores externos. Sabemos que los esquizofrénicos, frecuentemente, tienen en su historia alguna dificultad de alimentación y otros traumas de la temprana infancia, pero a menudo las dificultades externas son pequeñas y la severidad de la enfermedad está fuera de proporción con dichas dificultades.)

El esquizofrénico latente crónico ha edificado elaborados procesos de splitting como defensa contra el estado confusional y esto, a menudo, le dificulta para sentir emociones. Si está cerca de experimentar cualquier emoción de amor, inmediatamente se ve amenazado por un estado confusional. Esta puede ser la razón por la cual los esquizofrénicos tan a menudo se vienen abajo al ponerse en íntimo contacto con un objeto amado.

Presentaré ahora material ilustrando el acting out de una paciente esquizofrénica crónica, en defensa contra un estado confusional agudo que apareció cuando el acting out disminuyó. Ann había sido tratada por mí, analíticamente, por un corto período durante un ataque esquizofrénico agudo y

continuó viéndome regularmente en análisis, durante una fase asintomática que duró dos años. Durante la fase aguda me había percatado de sus grandes temores hacia cualquier impulso sexual. El análisis de esta fase asintomática confirmó sus inhibiciones sexuales y sólo gradualmente me manifestó su intensa preocupación sexual y sus fantasías. Empezó a leer con gran interés y a seleccionar libros que hallaba sexualmente excitantes. Luego de un año de análisis confesó que pasaba horas meciéndose, que era una forma de masturbación. Me contó entonces sueños y asociaciones en los que se veía claramente que sus sentimientos positivos hacia mí, en la transferencia, se tornaban más fuertes y más conscientes. En este momento comenzó un acting out excesivo con muchos hombres que conocía fundamentalmente en un club donde se bailaba. Cada vez que iba se las arreglaba para levantar alguno, generalmente extranjero. A menudo me insinuaba que el hombre que buscaba era una figura ideal con quien podría casarse. En realidad estos hombres estaban lejos de ser ideales y en una ocasión estuvo cerca de ser golpeada por uno de ellos. Sólo una vez se acostó con un hombre, y sin tener relaciones sexuales completas. Generalmente sólo permitía cierto contacto físico, besos y tocar sus pechos. Se encontraba con estos hombres un par de veces, luego de las cuales omitían llamarla o no asistían a las citas. Sólo muy ocasionalmente era ella la que dejaba la relación. Cuando veía que ésta estaba llegando a su fin, volvía al club, luego de unos días, para lograr otra conquista. Este comportamiento duró alrededor de diez meses.

Pasaba gran parte del tiempo de la sesión contándome acerca de los hombres con quienes se encontraba o sobre los que iba a encontrar. Antes de comenzar a ir al club había existido cierta aceptación de mis interpretaciones sobre sus fuertes sentimientos positivos hacia mí. Ahora reaccionaba más y más con aburrimiento y desprecio o con ira a mis interpretaciones de transferencia positiva. Insistía frecuentemente en que no había necesidad de que viniera al tratamiento porque estaba muy bien, o que no había razón para venir, ya que no escuchaba lo que yo le decía. Resultaba claro que con su acting out insistía en mantenerme en un rol desvalorizado, porque tenía miedo de ser abrumada por la envidia y los celos si me permitía ser más importante para ella. Era igualmente claro que ella evitaba en su vida real el contacto con un hombre que pudiera ser un objeto de amor, fundamentalmente porque no se

sentía *capaz* de amar a nadie. Su elección de hombres muy sexuales y a menudo crudos y sádicos, estaba sobredeterminada. Primeramente, con ellos podía negar su propia incapacidad de amar, y era, también, fácil de proyectar en ellos su propia sexualidad sádica-asesina con la que tenía que destruir cualquier objeto amado que despertara su envidia.

Existía también un deseo sádico de lastimar a sus padres, actuando casi como una prostituta, junto con una necesidad de castigo y humillación debida a la culpa. Algunas de mis interpretaciones le causaron, gradualmente, cierta impresión. Se tomó insatisfecha de sí misma y de los hombres que conocía en el club, y crecientemente interesada y deprimida por su incapacidad para amar. Comprendí que se estaba acercando a mí, pero igualmente lo hacía al estado confusional, pues comenzó a dormir mal. En este tiempo se interesó en un estudiante de color con el que tenía interesantes conversaciones y que no intentaba seducirla. Una relación sin contacto físico había sido imposible para ella hasta entonces, porque la aburría. En este punto, el análisis se vio interrumpido por mis vacaciones. Su relación con este hombre continuó durante aproximadamente tres semanas, pero luego desarrolló la ilusión de estar casada con él. Se tomó gradualmente confusa y fue llevada por un colega a una casa de salud, donde continué el tratamiento a mi regreso. Durante el estado confusional, la fantasía de estar casada con su amigo desapareció, pero ahora declaraba que H., un tío suyo, era a quien ella amaba y con el que estaba casada. Añadía que él la estaba volviendo loca. Luego de varias semanas de esta fase aguda, admitió estar locamente enamorada de mí, siendo yo la única persona con quien se casaría. A veces expresaba fantasías criminales sobre la que fantaseaba que era mi esposa, pero fundamentalmente a mí era a quien quería matar, estrangulándome, luego de haberse aproximado de una manera seductora. Me contaba largas fantasías sobre muerte de sus padres y sobre ser ella hija adoptiva o echada por su familia. Otras veces decía no querer a su familia, y que había encontrado otra a la cual se había integrado. El factor más llamativo no era su alejamiento de la familia hacia una multitud de objetos, que proyectaba sobre mí en rápida sucesión, sino la manera confusa con que se refería a muchas personas. Por ejemplo, decía lo buena que era su madre con ella y cómo le había dado un piano y muchos regalos; que era una asesina carnicera. Decía que su padre era un hombre rico que la había llevado

de vacaciones para que se mejorara; y que era un boxeador que sólo hablaba de guerra y que había dicho que ella estaba loca y que iba a empeorar más y más hasta morir. Hablaba de mí de una manera similar. Decía que yo le había salvado la vida, y que la había vuelto loca. Que yo tenía una preciosa voz que le gustaba escuchar, y que yo era un asesino. Otra vez me dijo: “¿Cómo se las arregla para ser tan esbelto y buen mozo? Le voy a romper la cara. Usted está loco, por qué me ha robado los huesos de la cara?”. A menudo, a continuación, robaba objetos de mi propiedad e intentaba destruirlos, o procuraba introducir sus manos en mi saco. A veces miraba mi corbata con admiración y la tocaba, de golpe tiraba de ella tan fuerte que yo tenía que controlarla. Estrechaba mis manos, en seguida las arañaba lo más fuerte que podía.

El aspecto más asombroso de este estado confusional parecía ser que el tío, sus padres y yo mismo, éramos vivenciados simultáneamente como objetos amados y como perseguidores. Su deseo de matarme por celos y frustración porque no me casaría con ella estaba en la superficie, pero una observación más detallada mostró que sus ataques hacia mí eran fundamentalmente una expresión de envidia. Era su envidia por todo lo que yo tenía lo que la hacía sentir deseos de robarme, atacarme o meterse dentro de mí. Su intromisión dentro de mí y otras personas, lo que ella llamaba “robar vidas”, aumentaba mucho sus sentimientos confusionales y de pérdida de la identidad. Su comportamiento, que ella llamaba “amor loco”, estaba caracterizado por sentimientos de atracción y envidia simultáneos, que hacían imposible ningún placer en su relación conmigo, y esto por un tiempo considerable.

Mi descripción del estado confusional agudo ha aclarado que la paciente no podía conservar separados sus objetos amados de los objetos perseguidores. Inclusive, experimentaba amor y extrema envidia simultáneamente, lo que le hacía sentir que su amor era locura. Cuando su interés hacia mí se hizo más fuerte, se incrementó su envidia, entonces me desvalorizó y transfirió su interés hacia los hombres del club.

Obtenía cierta satisfacción sexual de este club, pero desde el punto de vista de la situación transferencial lograba un propósito importante: su interés en mí, que se había hecho abrumadoramente fuerte, sexualizado y peligroso, era disociado por el acting out y proyectado sobre los hombres del club. Su elección de los muchos hombres era más aún un intento para disminuir la

intensidad de sus sentimientos hacia mí, dispersándolos y escindiéndolos. Ella misma y sus supuestos objetos amados se tornaban más y más desvalorizados por esta misma dispersión.

Cuando la paciente se hizo consciente, hasta cierto punto, de su responsabilidad en esta insatisfactoria situación de su vida exterior y de que estaba evitando toda posibilidad de encontrar al que pudiera amar, se deprimió y trató más exitosamente de encontrar un objeto amado lejos de mí. Cuando tuvo éxito, se vino abajo. Es verdad que en esta relación amorosa había un elemento de acting out, pues quería usarla para alejarse completamente de mí. Pero el análisis de la fase aguda mostró que ésta no era la razón principal de su derrumbe. Cuando el splitting cesó, su interés en una sola persona se hizo más fuerte, lo que aumentó su envidia a un grado extremo, y entonces el amor loco, el estado confusional, afloró.

Cuando la vi por primera vez en estado agudo, hablaba consigo misma y decía, entremezclado con los más desatinados y confusos pensamientos: “¿Me volveré loca siempre cuando me enamore y me deje llevar?”. Si tratamos de formular una respuesta a esta pregunta, deberíamos decir: sólo si un paciente esquizofrénico se hace gradualmente capaz de lograr un splitting normal entre el objeto bueno y el malo, podrá ser capaz de lograr una relación amorosa y los estados confusionales no se repetirán.

CONCLUSIONES

De éste y otros materiales clínicos he extraído la conclusión de que el acting out excesivo de los esquizofrénicos comienza como una defensa contra los estados confusionales y constituye un intento de mantener separados el amor y la envidia. Hay un intento de lograr la separación entre objeto bueno y malo, pero fracasa. Lo que vemos expresado en el acting out es una serie de procesos anormales de escisión, en los cuales el objeto amado es desvalorizado, dissociado y proyectado en varios objetos también desvalorizados. La confusión y la incertidumbre resultantes acerca de la bondad o maldad de los objetos es de relativamente poca importancia, dado el gran número de estos objetos.

Compararé brevemente el acting out excesivo de pacientes no esquizofrénicos, que he descrito en la primera parte de mi trabajo, con el de esquizofrénicos.

Ambos tipos de pacientes están fuertemente fijados a la posición esquizoparanoide y ambos han experimentado intensa hostilidad, tanto por causas internas como externas. Pero hay diferencias importantes. En el primer grupo de pacientes, que pueden ser neuróticos o maníaco-depresivos, la disociación entre objeto bueno y malo ha sido lograda. Esta disociación es a menudo excesiva existiendo gran distancia entre un objeto altamente idealizado y uno extremadamente malo, y es explotada por el acting out cuando el objeto primario ha sido totalmente desvalorizado y el secundario idealizado. En el grupo de los esquizofrénicos, en el que la envidia excesiva juega importante papel, la separación entre objeto bueno y malo no se ha logrado jamás. Como consecuencia, el agresivo alejamiento del objeto primario, que también ha sido desvalorizado, no conduce a una idealización del objeto secundario, sino a una sucesión de objetos que nunca son vivenciados como totalmente buenos o malos.

Traducido por **Luisa de Urtubey y
Fernando Prego Maberino.**