

Notas sobre la teoría de la esquizofrenia (1)

W. R. Bion

LONDRES

Descriptores: ESQUIZOFRENIA / TEORIA / LENGUAJE ESQUIZOFRENICO / LENGUAJE VERBAL / POSICION DEPRESIVA / DESTRUCTIVIDAD / IDENTIFICACION PROYECTIVA / MATERIAL CLINICO.

A) Introducción

En este artículo trataré el uso del lenguaje por el paciente esquizofrénico y la importancia del mismo en la teoría y práctica de su análisis. Más tarde 'reconoceré mi deuda y discutiré los puntos de vista de otros psicoanalistas, quienes han contribuido al crecimiento de mis propios conocimientos. No haré eso ahora, pero debo aclarar para un mejor entendimiento que aunque no hago reconocimientos específicos del hecho, la obra de Melanie Klein ocupa un lugar importante en mi teoría psicoanalítica de la esquizofrenia. Dejo sentado que la explicación de los términos, tales como identificación proyectiva y posiciones paranoide y depresiva son conocidos a través de su trabajo.

Aproximando el tema a través de una consideración verbal corro el riesgo aparente de abandonar la naturaleza de las relaciones de objeto esquizofrénicas.

Debo destacar que a mi parecer la peculiaridad de las relaciones de objeto esquizofrénicas es la particularidad más relevante de dicha enfermedad. La importancia de las aclaraciones que deseo hacer reposa en su capacidad de aclarar la naturaleza de estas relaciones de objeto, en relación con las cuales son una función subordinada.

El material es extraído del análisis de seis pacientes, dos toxicómanos, un estado ansioso obsesivo con rasgos esquizoides, y el resto esquizofrénicos con alucinaciones bien evidentes en un período entre cuatro y cinco años de análisis. De estos tres últimos dos presentaban marcados rasgos paranoides y uno rasgos depresivos.

No me he apartado del procedimiento psicoanalítico que usualmente empleo en los neuróticos, teniendo siempre cuidado de tomar ambos aspectos, positivo y negativo de la transferencia.

B) Naturaleza de la observación en que están basadas las interpretaciones

La evidencia de las interpretaciones debe ser buscada en la contra-transferencia, en los actos y en las asociaciones del paciente.

La contra-transferencia juega un papel importante en el análisis de los esquizofrénicos, pero no tengo el propósito de discutir esto hoy, por lo tanto pasaré a las asociaciones libres del paciente.

¹ Traducido del International Journal of Psycho-Analysis, T. XXXV, N° 2, 1954.

C) Lenguaje esquizofrénico

El lenguaje es empleado por los esquizofrénicos de tres maneras; como un modo de actuar, como método de comunicación y como modo de pensamiento.

El esquizofrénico demuestra preferencia para la acción en las mismas oportunidades en que otros pacientes se darían cuenta por el pensamiento, por ej.: se acercaría a un piano para demostrar el movimiento, comprendiendo así como alguien puede tocar el piano. Recíprocamente, si tiene un problema cuya solución depende de la acción, ej.: estando en un lugar y quisiera estar en otro, recurre al pensamiento, pensamiento omnipotente, como *una* forma de transporte.

Voy a considerar por el momento solamente su uso como un modo de acción que sirve ya sea a la división de objeto o a la identificación proyectiva.

Hago notar que esto es solamente un aspecto de las relaciones de objeto esquizofrénicas en la cual él disocia o sale y entra de sus objetos.

El primero de esos modos está al servicio de la identificación proyectiva. El paciente usa palabras como cosas o como partes divididas de él que trata de colocar dentro del analista.

Una consecuencia típica de esta conducta fue el comportamiento de un paciente que sentía que penetraba dentro de mí en el comienzo de cada sesión y tenía que ser sacado al final de ella.

El lenguaje es nuevamente empleado como modo de actuar para dividir sus objetos. Esto interfiere cuando el analista se identifica con sus perseguidores internos, pero se emplea también en otros momentos. Aquí hay dos ejemplos del uso de este lenguaje: el paciente entra en la habitación, me da un apretón de manos y mirándome fijamente en los ojos dice: "Pienso que las sesiones no duran mucho, pero deténgame cuando salga". Sé por experiencias anteriores que este paciente se queja de que las sesiones son demasiado pocas y que interfieren con su tiempo libre. Intentó desviarme dándome dos interpretaciones al mismo tiempo y esto fue visto en su siguiente asociación cuando dijo:

"¿Cómo sabe el ascensor qué hacer cuando aprieto dos botones al mismo tiempo?". Mi segundo ejemplo tiene muchas implicaciones que no quiero tomar ahora por su influencia en el sueño del paciente.

La técnica depende de la combinación de dos elementos incompatibles como ser: el paciente habla de un modo somnoliento, calculado para dormir al analista. Al mismo tiempo estimula la curiosidad del que analiza. La intención es entonces, dividir al analista a quien no le permite dormir ni mantenerse despierto.

Mostraré un tercer ejemplo de división, más tarde, cuando describa la disociación, por parte de un paciente, del lenguaje del propio analista.

Volvemos ahora a las dificultades del esquizofrénico con el lenguaje, como un modo de pensamiento. Hay aquí una secuencia de asociaciones durante una sola sesión pero separadas entre sí por intervalos de cuatro a cinco minutos.

"Tengo un problema y estoy tratando de resolverlo."

"Cuando niño nunca tuve fantasías."

"Sabía que no eran hechos, por eso los detuve."

"Hoy en día no sueño."

Después de una pausa con tono turbado: "Yo no sé qué hacer ahora." Le dije: "Hace un año Ud. me dijo que no era un gran pensador, justamente ahora dijo que estaba resolviendo un problema, obviamente Ud. está pensando en algo."

Paciente: "Sí".

Analista: Pero Ud. continuó con el pensamiento de que no tenía fantasías en la

niñez y después que no tenía sueños, luego dijo que no sabía qué hacer. Tiene que significar que sin fantasías ni sueños Ud. no posee los significados con los cuales pueda resolver su problema.

El paciente aceptó esta interpretación y comenzó a hablar con marcada libertad y coherencia. La referencia a la inhibición de la fantasía como una severa inhabilidad obstaculizando el desarrollo, apoya las observaciones de Melanie Klein en su artículo "Una contribución a la teoría de la inhibición intelectual".

La disociación severa en el esquizofrénico le dificulta para manejar el uso de los símbolos y por consiguiente el uso de sustantivos y verbos.

Es necesario demostrarle estas dificultades tal como aparecen y doy brevemente un ejemplo.

La capacidad de formar símbolos depende:

1º) De la habilidad de aprehender objetos globales.

2º) Del abandono de la posición esquizo-paranoide con su consiguiente disociación.

3º) De la reunión de las disociaciones y el anunciamiento de la posición depresiva.

De momento en que los pensamientos verbales dependen de la habilidad de integrar, no es sorprendente encontrar que esta emergencia esté íntimamente asociada con la posición depresiva, la cual tal como fue señalada por Melanie Klein, es una fase de síntesis activa e integración.

Los pensamientos verbales agudizan la conciencia de realidad psíquica y por lo tanto de la depresión, que está unida a la destrucción y a la pérdida de objetos buenos.

La presencia de perseguidores internos como otro aspecto de la realidad psíquica es similarmente más reconocida inconscientemente. El paciente siente que la asociación entre la posición depresiva y el pensamiento verbal es de causa a efecto, ella misma basada en su capacidad de integrar y esto agrega aún más a las causas de su análisis bien evidentes, el cual es después de todo un tratamiento que emplea pensamientos verbales en la solución de los problemas mentales.

El paciente en esta etapa se asusta del analista, aún cuando conceda que se siente mejor, pero, y aquí está el núcleo de nuestro problema, muestra todos los signos de no querer tener nada que ver con su capacidad embrionaria de pensamiento verbal. Esto lo deja para el analista, o como pienso, es más correcto decir, el analista es sentido como más capaz de guardarle en sí sin desastres. Pese a todo el trabajo hecho, el paciente parece haber invertido el uso del lenguaje que he descrito como característico del esquizofrénico antes del análisis. Tiene capacidad verbal mayor, pero prefiere emplearla tal como lo hizo antes.

Desarrollo de la capacidad de pensamiento verbal

Para explicar porqué el paciente utiliza poco esta mayor capacidad tengo que remitirme a una experiencia que parece tener un significado relevante para él.

Un paciente me dijo: "Soy un prisionero del psicoanálisis más tarde agregó: "No puedo escapar."

Algunos meses más tarde, dice: "No puedo salir de mi estado mental."

Una masa de material, del cual sólo las citas tienen poco sentido, se ha acumulado en tres años para dar la impresión que el paciente se sentía incapaz de escapar de una prisión que algunas veces parecía ser yo, otras veces el psicoanálisis y algunas veces su estado mental, que era una constante lucha con sus propios objetos internos. Por lo tanto muestra la misma actitud hacia el pensamiento verbal como a su potencia y su capacidad para el trabajo y el amor.

El problema al cual me dirijo puede entenderse mejor si es visto como perteneciente al momento en que el paciente siente que ha efectuado su huida. La huida parece contribuir al sentimiento del paciente que a veces deja vislumbrar que está mejor, pero le ha costado caro. Este mismo paciente dijo: "He perdido mis palabras" y significó con esto como lo reveló el análisis posterior, que el instrumento con el cual hizo su huida había sido perdido en el proceso.

La palabra, la capacidad de pensamiento verbal, importantes para progresos futuros, habían desaparecido. Como expansión parece que él siente que ha alcanzado este paso como un castigo por emplear el instrumento del pensamiento verbal para escapar de su estado mental primitivo; de aquí la reductancia descrita por mí, para usar la mayor capacidad verbal excepto como un modo de acción. Aquí presento el ejemplo prometido, cuando hablaba de las dificultades que causaba la disociación esquizofrénica en la formación de símbolos y en el desarrollo del pensamiento verbal. El paciente era un esquizofrénico analizado durante cinco años; describo lo esencial de dos sesiones. Tengo que advertir que la síntesis me ha obligado a dejar de lado muchas formulaciones repetidas que de hecho podrían mitigar la crudeza de las interpretaciones tales como las reproduzco. Pienso que la interpretación debe ser hecha en un lenguaje simple, exacto y maduro.

P. — Recogí un pequeño pedazo de piel de mi cara y me siento bastante vacío.

A. — La piel es el pene que Ud. ha roto y todo su interior también.

P. — No entiendo.., pene.., sólo sílabas.

A. — Usted ha disociado mi palabra pene en sílabas y ahora no significa nada.

P. — No entiendo lo que significa pero quiero decir "si no puedo deletrear, no puedo pensar".

El paciente comenzó la siguiente sesión con asociaciones sin nexos y se quejó de que no podía pensar. Le recordé su sesión anterior sobre el cual pudo tener un lenguaje correcto así:

P. — No puedo encontrar ninguna comida interesante.

A. — Usted siente que todo ha sido comido.

P. — No me siento capaz de comprar ropas nuevas y mis medias están llenas de agujeros.

A. — Sacando los pequeños trozos de piel ayer, Ud. se lastimó tanto que no puede comprarse ropas; Ud. está vacío y no tiene nada con qué comprarlas.

P. — Aun cuando tienen agujeros aprietan mi pie.

A. — No sólo Ud. ha roto su pene sino el mío. Así no hay comida interesante, sólo un agujero como en una media. Pero aún esta media está llena de agujeros, todos hechos por Ud. que se han reunido para apretar, maltratar y lastimar su pie.

Esta y otras sesiones siguientes confirmaron que sentía que había comido su pene y por lo tanto no quedaba comida interesante, sólo un agujero, pero este agujero era ahora tan perseguidor que él tenía que dividirlo. Como resultado de la división el agujero se transformó en una masa de agujeros que se reunían de un modo perseguidor para apretar su pie.

La costumbre de este paciente de pellizcarse ha sido elaborada durante tres años. Al principio sólo se ocupaba de los puntos negros y citaré de la descripción de Freud 3 casos; uno observado por él mismo, otro por el Dr. Tausk y otro por É. Reitler que tienen semejanza con mi paciente.

Están tomados de su libro "*El inconsciente*" (1915).

De su paciente, Freud dijo que "él se retiró de los intereses de su vida a consecuencia de la condición poco saludable de la piel de su cara". Declara que tiene "puntos negros" y que tiene huecos profundos en su cara visibles a todo el mundo.

Freud dice que estaba elaborando su complejo de castración sobre la piel y comenzó a pensar que había un hueco profundo en todo lugar que había sacado un “punto negro”. El continuó, la cavidad que entonces aparece como consecuencia de su culpa, es el genital femenino, es decir representa el cumplimiento de la amenaza de castración (o la fantasía que lo representa) surgiendo del onanismo. Freud compara estas formaciones sustitutivas con las del histérico diciendo “un pequeño agujero tal como el poro de la piel es poco probable que sea interpretado por un histérico como símbolo de la vagina que de otro modo él compara con todo objeto imaginable capaz de incluir un espacio”. Además debiéramos pensar que la multiplicidad de estas pequeñas cavidades le impedirán usarlas como un sustituto del genital femenino.

Del caso de Tausk, él dice: “Tirándose de las medias él estaba afligido por la idea de que debía separar los puntos del tejido, es decir los agujeros y cada agujero era para él un símbolo del orificio del genital femenino”. Citando el caso de Reitler, dice que el paciente “encontró la explicación que un pie simbolizaba el pene; ponerse la media representaba un acto de onanismo”.

Volveré ahora a mi paciente en una sesión de diez días más tarde. Una lágrima surgió de sus ojos y dijo con una mezcla de desesperación y reproche: “Las lágrimas salen ahora de mis oídos.” Este tipo de asociación me venía haciendo familiar de manera que me di cuenta que se me había planteado un problema de interpretación. Pero para esta época el paciente que había estado analizándose unos 6 años, fue capaz de un relativo grado de identificación con el analista y así obtuve su ayuda. No trataré de describir las etapas por medio de las cuales llegué a las conclusiones que ahora expongo. Los pasos fueron laboriosos y lentos a pesar de que teníamos el material de 6 años de análisis al cual podíamos recurrir.

Parecía que lamentaba haber cometido un error, que afirmaba la sospecha de que su capacidad de comunicación verbal estaba perturbada. Parecía que su frase era sólo un ejemplo más de su incapacidad de unir palabras en una forma adecuada.

Después que esto fue discutido se vio que las lágrimas eran cosas malas como también el sudor que emanaba de los huecos de su piel cuando se había quitado los “puntos negros” u otras cosas de la piel. Su sentimiento sobre las lágrimas de sus oídos mostró ser similar a sus sentimientos sobre la orina que salía del agujero que quedaba en una persona a quien se le había arrancado el pene; la mala orina todavía salía. Cuando me dijo que no podía oír muy bien, aproveché su comentario para recordarle que en todo caso debíamos saber que su mente estaba llena de tales pensamientos en el momento presente, y le sugerí que él sentía que su oído estaba defectuoso y que mis palabras estaban ahogadas por las lágrimas que emanaban de sus oídos.

Cuando notó que tampoco podía hablar muy bien, sugerí que era porque sentía que su lengua había sido arrancada y lo habían dejado con un solo oído.

Esto fue seguido por lo que pareció una serie completamente caótica de palabras y ruidos. Interpreté que sentía que tenía la lengua, pero que era tan mala como su oído, emitiendo un torrente de lenguaje destruido. En una palabra, parecía que a pesar de sus deseos y los míos no podíamos comunicarnos. Sugerí que sentía que tenía un objeto muy malo y hostil dentro suyo que estaba tratando nuestro intercambio verbal con el mismo tipo de ataque destructivo que sentía haber lanzado contra el coito de los padres, ya sea sexual o verbal.

Al principio parecía sentir muy agudamente los defectos en su capacidad de comunicarse o pensar y hubo mucho juego de palabras con la pronunciación de lágrimas (tears o tares).

Recayendo el énfasis sobre todo en su incapacidad para unir los objetos, las

palabras, o la pronunciación de las frases lo hacía cruelmente. En un momento pareció darse cuenta que su asociación había sido el punto de partida de muchas discusiones. Después murmuraba, “un montón de gente”. Al elaborar esto pareció que se había apartado de la idea de que su capacidad verbal está siendo irremediabilmente destruida por los ataques a los cuales estaba sujeta nuestra conversación, para llegar a la idea de que su comunicación verbal era extremadamente voraz.

Esta voracidad era suministrada por su disociación en muchas personas, pudiendo él estar en distintos lugares al mismo tiempo para oír las distintas interpretaciones que yo, también disociado en montones de gente, era capaz de dar simultáneamente, en lugar de una a una. Su voracidad y los ataques sobre la comunicación verbal por los perseguidores internos estaban por lo tanto relacionados uno con otro.

Es evidente que este paciente sentía que la disociación había destruido su capacidad para pensar. Esto era lo más serio para él porque ya no sentía que la acción le ofreciera una solución para el tipo de problema con que ahora estaba luchando. Este estado es equiparado por el paciente con la locura, cree que ha perdido su capacidad para el pensamiento verbal porque lo ha dejado dentro de su estado mental anterior, o dentro del analista o del psicoanálisis. Cree también que su capacidad para el pensamiento verbal le ha sido quitada por el analista a quien ve ahora como una persona terrorífica. Ambas creencias dan origen a ansiedades características. La creencia que lo ha dejado en su estado mental anterior, como hemos visto, contribuyó a hacerle pensar que estaba loco. Cree que nunca será capaz de progresar a menos que vuelva a su anterior estado mental para recuperarlo y no se atreve a hacerlo porque teme de nuevo verse aprisionado por él. La creencia de que el analista le ha quitado su capacidad para el pensamiento verbal le hace temer el uso de su recién encontrada capacidad para el pensamiento verbal porque esto podría despertar el odio del analista e inducirlo a repetir el ataque.

Para el paciente la conquista del pensamiento verbal ha sido un acontecimiento desgraciado. El pensamiento verbal está entremezclado con catástrofes y una emoción dolorosa de depresión y el paciente recurre a la identificación proyectiva y lo empuja dentro del analista. Los resultados son otra vez desgraciados para el paciente, siente ahora que la falta de esta capacidad, es lo mismo que estar loco.

Por otro lado al reasumir esta capacidad le parece ser inseparable de la depresión y teme de darse cuenta, esta vez en un nivel de realidad, de que está loco.

Este hecho tiende a dar realidad a la fantasía del paciente y a los resultados catastróficos que se acumularían si corriera el riesgo de la reintroyección de su capacidad para el pensamiento verbal. No se debe suponer que el paciente deja sin tocar sus problemas durante esta fase. De vez en cuando dará al analista una información precisa y completa de ellos. El problema del analista es lo que el paciente teme, ahora bien manifiesto, tratando un entendimiento psicoanalítico de lo que representa para él, porque el paciente entiende ahora que el psicoanálisis exige de él ese mismo pensamiento verbal que él teme.

Hasta ahora he tratado el problema de la comunicación entre el analista y el paciente esquizofrénico. Ahora consideraré la experiencia que adquiere el paciente, cuando atraviesa por el proceso de alcanzar suficiente dominio de la expresión verbal para salir de la “prisión del psicoanálisis” o estado mental en el cual se sintió anteriormente encerrado, sin esperanza de salir. Aparentemente el paciente no se da cuenta de que algo existe fuera del consultorio, no hay ningún informe de actividad externa, hay meramente una existencia alejada del analista del cual nada es conocido salvo que él está “bien” o “mejor” y una relación con el analista que el paciente dice que es mala. Los intervalos entre las sesiones son admitidos y temidos. Se queja que

está loco, expresa su miedo a las alucinaciones y a las ilusiones y es extremadamente cuidadoso en su comportamiento por temor a la locura. Vivenciar estas emociones que pertenecen a esta fase lleva hacia una evaluación más alta del objeto externo a costa del objeto interno alucinado. Esto depende del análisis de las alusiones del paciente y su insistencia en dar a los objetos reales un papel subordinado. Si esto ha sido conseguido el analista ve delante suyo el ego y las relaciones objetales más normales en el proceso del desarrollo. Admito que ha habido una adecuada elaboración de los procesos de división y ansiedad persecutoria subyacente como también de reintegración. H. Rosenfeld ha descrito algunos de los peligros de esta fase, hechos que también confirman mi experiencia. He observado el progreso de múltiples divisiones a 4 y de 4 a 2 y la gran ansiedad a medida que se desarrolla la integración con la tendencia de volver a la desintegración violenta. Esto es debido a la intolerancia de la posición depresiva, de los perseguidores internos y del pensamiento verbal. Si la escisión ha sido adecuadamente elaborada por la tendencia de separar el objeto y el ego al mismo tiempo, es mantenido dentro de ciertos límites. Cada sesión es un paso hacia el desarrollo del ego.

E) Realización de la locura

Uno de los castigos al tratar de aclarar el fenómeno complejo de la relación del esquizofrénico con sus objetos es que si el intento es exitoso es traicioneramente engañoso. Ahora haré el balance tratando el fenómeno que ya he descrito desde otro punto de vista. Deseo tomar el relato en el punto en que las partes separadas son reunidas y el paciente se escapa de su estado mental y entra *en la posición* depresiva. *En particular* deseo llamar la atención a esta concatenación de los hechos cuando es aclarado por los datos obtenidos a través del desenvolvimiento de una capacidad del desarrollo verbal. He aclarado que éste es el núcleo central y más importante de todo el análisis. De modo que se podría haber formado la impresión de que en este punto el análisis entra en aguas tranquilas. Es necesario, entonces no dejarle ninguna ilusión al respecto. Lo que sucede, si el analista ha tenido cierto éxito, es que ha llevado al paciente a una realidad psíquica. El se da cuenta que tiene alucinaciones é ilusiones y puede sentirse incapaz para comer y dificultad para dormir. El paciente dirigirá poderosos sentimientos de odio hacia el analista, dirá categóricamente que es loco y expresará con intensa convicción y odio que el analista lo ha llevado a esa situación. El analista debe esperar que la preocupación por el bienestar del paciente por parte de la familia la llevará a intervenir y debe estar preparado para dar una explicación satisfactoria de la alarmante situación. Debe forzarse por mantenerse en pugna con la cirugía y los tratamientos biológicos (electro-shock) y no permitir al paciente retroceder hacia la idea de que está loco o mantener el odio hacia el analista, quien ha logrado, después de tantos años llevarlo al equilibrio emocional que el paciente ha tratado toda su vida de evitar.

Esto puede ser más difícil, porque cuando el pánico empieza a disminuir, el paciente mismo empezará a sugerir que se siente mejor. Se debe dar a esto su debido valor y hay que tratar de evitar que sea utilizado para demorar la investigación en detalle de las ramificaciones en la situación analítica de los cambios causados en las relaciones afectivas del paciente por la realización de su locura.

F) Resultados

No estoy todavía preparado para ofrecer una información precisa de las perspectivas del tratamiento, a excepción de decir que dos de los tres esquizofrénicos a quienes me refiero, están ahora ganándose la vida. Creo que siguiendo el camino que he indicado arriba, hay razón para anticipar que el esquizofrénico podrá alcanzar su propia forma de ajuste a la realidad y que podrá ser no me nos valedero del título de una "cura" porque no es del mismo tipo que aquel logrado por pacientes menos perturbados. Repito que no creo que cualquier cura, por más limitada que sea, será alcanzada si sobre el punto que he tratado de aclarar, el analista trata de reasegurar al paciente deshaciendo todo el buen trabajo que ha llevado a que éste pueda realizar la severidad de su condición.

En este punto una oportunidad que no se debe perder ha sido creada para explorar en el paciente qué es lo que quiere decir, hacer, trabajos analíticos o de cualquier otro tipo, cuando se es loco.

Las experiencias que he descrito me obligan a concluir que al comienzo de la posición depresiva infantil, los elementos del pensamiento verbal aumentan en intensidad y en profundidad. *En* consecuencia los dolores de la realidad psíquica son exacerbados por ello y el paciente que regresa a la posición esquizo-paranoide, a medida que lo hace retornará destructivamente hacia su capacidad embrionaria para el pensamiento verbal como uno de los elementos que lo ha llevado a su dolor.

Traducido por **OLGA ALFONSO METHOL**