

Algunas consideraciones sobre la psicopatología de la esquizofrenia (1)

Herbert Rosenfeld
(Londres)

Resumen

En este trabajo traté de dar, por medio de un caso relativamente fácil de esquizofrenia, una introducción a los problemas del tratamiento de la esquizofrenia. Al mismo tiempo traté de describir la influencia y la estimulación que surgió del trabajo de Melanie Klein para el tratamiento de esta enfermedad. No me fue posible tratar en este artículo el tratamiento de las esquizofrenias agudas que se ven en los hospitales. En este aspecto, debo remitirles a otros trabajos míos. Lo que quiero acentuar aquí es que todos los pacientes esquizofrénicos que he tratado, los he encontrado capaces de establecer una transferencia positiva y una transferencia negativa. La dificultad reside en comprender la manera en que el esquizofrénico expresa sus sentimientos negativos y positivos en la transferencia. Lo que antes se consideraba como transferencia ausente, se puede considerar ahora como una reacción de defensa contra las situaciones de persecución, como un apartamiento de un objeto externo hacia un objeto interno, como un estado de identificación proyectiva y como consecuencia de una disociación del yo. Naturalmente demora mucho tiempo hasta que un esquizofrénico reaccione notoriamente, aun cuando se trate de interpretaciones correctas. Muchas veces he tratado de demostrar que hasta un esquizofrénico agudo, alucinado, puede comprender las interpretaciones y reaccionar notoriamente. La observación y la comprensión correcta de la situación transferencial en la esquizofrenia es frecuentemente muy dificultosa y complicada.

¹ “Bemerkungen zur psychopathologie der Schizophelie”, Psyche, Stuttgart, 1957.

No obstante, creo que si un psicoanalista tiene el talento, la capacidad de observación y la paciencia necesaria, un análisis de esquizofrénico puede llevar a muchas e interesantes observaciones nuevas, frecuentemente a la mejoría del paciente y a veces quizás a su curación.

En los últimos veinte a veinticinco años, el interés de los psicoanalistas se ha dirigido nuevamente al tratamiento de la esquizofrenia. En América del Norte, fue sobre todo Harry Stack Sullivan quien orientó a sus alumnos hacia el estudio psicológico de la esquizofrenia. En Inglaterra la estimulación partió de Melanie Klein quien, a través de su investigación de la más temprana niñez, dio cada vez más a los analistas la posibilidad de penetrar en las capas más profundas del inconsciente. Freud sugirió en su trabajo sobre el caso Schreder (1911) que la esquizofrenia estaba relacionada con una regresión a la fase autoerótica de los primeros meses de vida. Melanie Klein le dio su especial atención a estos primeros meses de la vida, y ya en 1935 insistía en que los lactantes están normalmente expuestos a situaciones psicóticas de angustia y que los pacientes que sufren de psicosis regresan a estas tempranas angustias psicóticas de la niñez. Melanie Klein y algunos de sus discípulos han comprobado estas investigaciones en una serie de análisis de enfermos psicóticos. Pero el estímulo fundamental partió del trabajo sobre "Mecanismos esquizoides" que publicó Melanie Klein en 1946. Allí desarrollaba a través de una serie de ejemplos su teoría sobre la disociación del Yo y los mecanismos responsables de esta disociación. Este trabajo llenaba un vacío en la teoría psicoanalítica; porque hasta entonces se conocía poco sobre las alteraciones del Yo, y las dificultades primordiales en el tratamiento de la esquizofrenia están seguramente relacionadas con alteraciones profundas del Yo.

Aquí quiero ilustrar brevemente algunos mecanismos esquizoides en un caso de esquizofrenia, que publiqué en el año 1947, y quiero demostrar cómo la comprensión más profunda de la psicopatología facilita el proceder psicoanalítico.

Mi paciente Mildred tenía 25 años cuando comencé su tratamiento en marzo de 1944. Era de mediana estatura y rubia. No se podía decir que su cara fuera fea, pero resultaba muy poco atractiva porque era sumamente inexpresiva. Recién en una época posterior de su tratamiento la expresión de su rostro se hizo más vívida. Tuvo su primer crisis de nervios a los 17 años. La segunda crisis se produjo a la edad de 25 años en la primera parte de la guerra. Fue llamada y obligada a trabajar la tierra. Allí desarrolló una enfermedad física tras de la otra y se le diagnosticó gripe recurrente y angina. Debido a que estas enfermedades no mejoraban, tuvo que ser despedida del ejército. Tampoco entonces logró mejoría y cuando la vi por primera vez en marzo del año 1944 había estado teniendo la tal llamada gripe por espacio de cuatro a cinco meses. Poco después de esto comenzó el análisis, pero pronto me di cuenta que ella no demostraba ningún interés en ser tratada y esto parecía estar en relación con una profunda desesperanza de curar jamás.

En este momento no me quiero referir más a la historia familiar y a la niñez de Mildred, sino que quiero mostrar de qué manera se fue desarrollando el cuadro esquizofrénico durante el tratamiento. Felizmente en este caso no hubo un episodio esquizofrénico agudo con graves alucinaciones, sino que la enfermedad pudo ser tratada ambulatoriamente. Los norteamericanos denominaron “esquizofrenia ambulatoria” a este tipo de esquizofrenia, en contraste con las esquizofrenias graves que se ven en las clínicas de hospitales psiquiátricos. Desde el punto de vista técnico, la paciente fue tratada *como todos los demás* pacientes. Yo lo pedí que se acostara en el diván analítico y que me dijera lo que se le ocurriese y yo me limitaba en mi contacto con ella a interpretar el material analítico en relación con la transferencia, es decir, me abstenía de darle cualquier consejo u otra sugerencia. Ella encontraba muy difícil el expresarse Verbalmente y pasó bastante tiempo hasta que yo me diera cuenta que ella había comprendido mi pedido de asociar libremente en forma completamente distorsionada. Ella me dijo que yo le había exigido que no pensara más en lo que le pasaba por la mente, sino que tuviera otros pensamientos. Pero como eso no le era posible, ella no podía pensar ni decir nada. Estas y otras distorsiones son muy típicas en pacientes esquizoides y esquizofrénicos. No están relacionadas sólo con la fuerza de la actitud paranoide del paciente, sino que forman

parte de la alteración de pensamiento esquizofrénica, en la que no puedo entrar aquí. La paciente vino regularmente al análisis pero frecuentemente llegaba tarde. Ella no podía expresar sus sentimientos y parecía completamente ocluida. A veces se interrumpía esta actitud básica, en cuanto ella traía sus pensamientos persecutorios a la superficie o daba expresión a su desesperanza.

Ya al comienzo del análisis Mildred describía síntomas y sensaciones de tipo francamente esquizoide, entre ellos sentimientos de despersonalización. Ella se sentía tan somnolienta que estaba casi siempre sólo semi-consciente, y a veces tenía la sensación de que no se podía quedar despierta.

Cuando le fue posible describir mejor sus sensaciones, expresó que le parecía como si una tela o una manta la separara del mundo, o se sentía como muerta, no aquí; como si estuviera cortada de sí misma. Frecuentemente expresaba el temor de no poder hablar más y de llegar a un estado de no conciencia. Ella temía enloquecer completamente, sobre todo cuando tratara de comunicarse nuevamente consigo misma.

Era claro que la paciente trataba de mantener estos sentimientos alejados de la situación transferencial, y se tenía la impresión que el estado esquizoide se acrecentaba cada vez que los sentimientos de culpa, depresión o sentimientos persecutorios se aproximaban a la conciencia. Toda interpretación de la transferencia negativa, pero sobre todo también de la transferencia positiva, producía largos silencios, y cuando le era posible hablar nuevamente, describía percepciones esquizoides. A pesar de esto le fue posible crear, lentamente, relaciones de objeto en su vida exterior. En el análisis se vio claramente que estas relaciones estaban fuertemente mezcladas con proyecciones de su propio yo. Quiero citar de manera breve un ejemplo. Dennis, el marido de su mejor amiga, tuvo una crisis neurótica al estar separado de su mujer que estaba esperando su segundo niño. El trató de seducir mi paciente de varias maneras. Al principio tuvo grandes dificultades de controlarlo y ella pensaba que debía dejar de verlo completamente. En el análisis de esta situación surgió la idea, completamente consciente, de querer separar a Dennis de su esposa, pero esto no la trastornó mucho. Ella no parecía preocupada con la resolución de sus propios deseos. Su temor y preocupación se referían a su capacidad de controlar los deseos y argumentos de Dennis. Ella me repitió estos argumentos y se vio claramente que Dennis representaba una parte de su propio yo, en este caso su avidez sexual que había proyectado en él. Uno de los motivos que

reforzaba la proyección de estos sentimientos sobre Dennis, era la semejanza entre los problemas de Dennis y los suyos propios. La neurosis de Dennis parecía deberse a reacciones de envidia en relación con el nacimiento de su propio hijo, mientras que Mildred había reaccionado con un shock al nacimiento de su hermano, un año y medio menor que ella. Las interpretaciones de esta proyección permitieron a Mildred fortalecer su yo, de tal manera que pudo obtener una buena relación con Dennis sin entrar en relaciones sexuales con él. Se hizo más claro durante el análisis, que, aparte de la proyección de los impulsos que la enferma vivía como malos, también se proyectaban continuamente partes buenas de su yo sobre otros objetos, sobre todo amigas, que no sólo representaban la madre buena, sino también la parte buena de su propio yo. Ella se sentía extraordinariamente dependiente de estas amigas y amigos y casi no se las podía arreglar sin ellos. En su temprana infancia ello no podía aprender nada sin la ayuda de su hermano menor Jack, y esta estrecha dependencia de Jack estaba seguramente relacionada con el hecho de que Jack representaba la parte buena de su propio yo, que ella no podía mantener dentro de sí.

En una parte posterior del análisis se evidenció esta proyección del yo en la transferencia, y noté que las dificultades de comprender e interpretar la transferencia estaban en gran parte en relación con estas proyecciones del yo. Debido a estas proyecciones de partes buenas y malas del yo sobre otros objetos, en el análisis sobre el analista, se debilita fuertemente el yo. En consecuencia aparecen graves trastornos de la función del yo en la psicosis transferencial; por eso Mildred a veces sentía la imposibilidad de levantarse de mañana y venir al análisis. Muchas veces aparecía cinco minutos antes del final del análisis y esto se siguió produciendo durante semanas y semanas.

Estos mecanismos de disociación y proyección del yo temprano, que tienen un rol tan importante en la esquizofrenia, fueron descritos por Melanie Klein en su trabajo "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides". Ella muestra allí, que el niño en la fase paranoide de su desarrollo, es decir en los primeros tres meses de vida, disocia y proyecta dentro de la madre partes buenas y malas del yo. Cuando la madre contiene las partes más malas del yo, no solamente representa un objeto separado, sino la parte mala del yo. Como estas proyecciones se desvían por los impulsos del niño de dañar y dominar a la madre, el niño en tales situaciones viven-

cia a la madre como una figura perseguidora. Melanie Klein señala que en los estados psicóticos la identificación del objeto con partes odiadas del yo, contribuye a la intensidad del odio dirigido hacia otros objetos. Naturalmente esto es extraordinariamente importante en el análisis de la esquizofrenia, ya que solamente de esta manera se puede comprender analíticamente la intensidad de la transferencia negativa. En lo que se refiere al yo, esta proyección de partes del yo significa una disociación excesiva del yo, y estas proyecciones de partes malas al mundo exterior, contribuyen mucho a la debilitación del yo.

En el mismo trabajo Melanie Klein señala que no sólo se proyectan las partes malas, sino también las partes buenas del yo. La proyección de partes buenas del yo sobre objetos externos es, en parte, completamente normal. Sin embargo, cuando la proyección 'de sentimientos buenos y partes buenas del yo toma un rol preponderante, se establecen sentimientos de pérdida de la personalidad porque el yo vive la pérdida de las partes buenas de la personalidad, como consecuencia de la proyección. También aquí el resultado es un debilitamiento y un empobrecimiento del yo. Melanie Klein señala que de esta manera se pierde la capacidad de amar porque el objeto amado deviene demasiado el representante del propio yo, es decir va a ser amado narcisísticamente y por lo tanto no representa un objeto verdadero.

Volvamos a nuestra paciente. Las dificultades de la paciente para venir al análisis fueron tan intensas durante unos meses que yo creí que el análisis no podría ser continuado y también temía la aparición de un estado esquizofrénico agudo. Lentamente me di cuenta que una parte de este problema estaba relacionado con el hecho de que la paciente proyectaba tantas partes buenas de su yo sobre otros objetos y sobre mí, que en consecuencia, no contenía suficiente "yo" como para proseguir su vida activamente. Ella decía, por ejemplo, "Yo no tengo nada que me ayude a levantarme". Ella con eso no sólo quería decir que no tenía ningún objeto interno bueno dentro de sí, que le ayudara a levantarse, sino que no tenía suficientes sentimientos buenos en su yo, como para poder funcionar. Gracias al análisis de estos mecanismos de proyección le fue posible a la paciente recuperar, en forma lenta, partes de su yo.

Quiero referirme ahora a una época posterior del análisis, donde las dificultades en la transferencia se intensificaron extraordinariamente. Al comienzo de este período parecía tener algunos sentimientos positivos hacia mí. Pero éstos fueron

disociados más y más y transferidos a una amiga, con la que salía a menudo y que arreglaba invitaciones para ella. Al principio no me dijo nada de esta amistad. La razón de esto parecía residir en la disociación, donde todo lo bueno se proyectaba en un objeto fuera del análisis, y todo lo malo se concentraba en el análisis. Esto no se puso de manifiesto inmediatamente en una transferencia paranoide precisa, sino que empezó a faltar dos días seguidos, después tres días seguidos, y cuando concurría lo hacía con un retardo de 20 a 40 minutos. A veces parecía estar confusa y hablaba en forma incoherente. Pero sobre todo llamaba la atención su olvido de todo lo que se había hablado en el análisis. A veces confesaba lo fuertemente perseguida que se sentía por el analista; ella admitía que no me quería decir nada porque temía que yo iba a transformar todo en malo y sobre todo que le quitaría sus buenos sentimientos. Ella se sentía buena y decía que trataba de seleccionar y ordenar sus problemas; me acusaba de entreverarle todo nuevamente. Cuando yo hacía una interpretación, surgía el mismo temor que al principio del análisis tenía con respecto a la asociación libre. Ella creía y sentía que yo le decía que dejara de pensar en todo lo que pasaba en ella, y vivenciaba mis interpretaciones como un intento de forzar mis propios pensamientos dentro de ella. Su mayor recelo era quedar completamente bajo mi poder, de tal manera que tuviera que pensar exactamente como yo, olvidarse de lo que hubiera pensado antes, y perder su propio yo de esta manera.

En esta misma época surgieron angustias agudas cuando estaba en presencia de otras personas. Ella temía que de repente iba a hablar con una voz extraña y un acento extraño. Esta angustia estaba seguramente relacionada con la psicosis de transferencia y ella temía hablar con mi propia voz y mi acento en vez del suyo.

En este mismo período criticaba a su padre por su egoísmo y su avidez en relación con su madre; y apenas podía hablar con él. A veces aparecían animales de pelaje oscuro en sus sueños, que la atacaban y parecía al principio que sus angustias estaban en relación con el temor de que un padre malo o un pene malo la penetraran. En la psicosis de transferencia fue bien claro que la fantasía de persecución consistía en que el analista la iba a penetrar para controlarla y robarle, y este temor no se refería solamente a sus bienes internos, por ejemplo sus hijos fantaseados y sus sentimientos, sino que su temor fundamental era sufrir el robo de su propio yo.

En esta época del análisis fue llamada a servicio de guerra la amiga de la cual

dependía tanto, y sus dificultades para venir al tratamiento se incrementaron. Me di cuenta de que a veces no estaba lo suficientemente yo-consciente como para venir, para hablar o para actuar de alguna manera. Para levantarse y acostarse a veces demoraba dos horas. También su sensación del tiempo era totalmente confusa. Ella calculaba tan mal el tiempo que .a veces recién salía de casa cuando ya debería haber estado en mí casa para el análisis, y su casa estaba ³t de hora de la mía. A veces se sentía mejor integrada y en consecuencia también más yo-consciente. Entonces se podía quejar de que se sentía tan disociada en pedazos. Ella describió el intento de conectar los pedazos sueltos, para poder hablar y pensar.

Quiero volver nuevamente al trabajo de Melanie Klein sobre “Mecanismos esquizoides”, ya que esta situación se describe allí muy claramente: “Otro aspecto de los procesos proyectivos (identificación proyectiva) se manifiesta en la violenta penetración en los objetos y el control de los objetos con partes del yo. Una consecuencia de estos procesos reside en que la introyección es vivida como una violenta penetración de afuera a adentro, como una recompensa por la violenta proyección. Esto puede llevar al temor de que no sólo el cuerpo, sino también todo el pensamiento puede ser controlado en forma hostil por otros objetos. Como resultado puede haber graves alteraciones en la introyección de objetos buenos, alteraciones que impiden por ejemplo todas las funciones del yo y también el desarrollo sexual y que de esta manera pueden conducir a un fuerte retraimiento en un mundo interno.” Melanie Klein describe a continuación el debilitamiento y empobrecimiento del yo que están en relación con estos incrementados procesos de disociación e identificación proyectiva. Por ejemplo, este yo debilitado es incapaz de asimilar objetos internos y esto lleva a un sentimiento de verse dominado por estos objetos. De la misma manera, este yo debilitado se vuelve incapaz de retomar las partes disociadas que habían sido proyectadas al mundo exterior. Melanie Klein dice expresamente que las diversas alteraciones en el entreacto de proyección e introyección, que he descrito aquí, son el mecanismo básico de ciertas formas de esquizofrenia.

Desde el comienzo del análisis de Mildred me convencía cada vez más que aquí tenía que manejar mecanismos que habían sido descuidados por los analistas hasta entonces. El trabajo de Melanie Klein sobre “Mecanismos esquizoides” me ayudó a comprender mejor estos procesos de disociación del yo, y al poder inter-

pretar con más precisión los procesos de proyección en la transferencia, se percibió claramente una mejoría. Al mismo tiempo se llevó el análisis a planos más profundos. Yo encontré que los sentimientos agresivos, por ejemplo el penetrar agresivo dentro de la madre había sido disociado sobre el padre; y después de algún tiempo apareció claramente en el análisis la relación temprana con la madre. Ella recordó que siempre tuvo el temor de abandonar y agredir a sus amigas. Con su amiga Mary, por ejemplo, habían acordado repartirse el trabajo de las vacas. Mildred quería encargarse de ordeñar y Mary debía ocuparse de la alimentación. Nunca llegaron a trabajar conjuntamente con Mary, ya que Mildred se enfermó, y en el análisis esta situación se volvió tan importante, que ella misma se convenció de que su temor de agredir a Mary fue la causa de su enfermedad en el ejército. Al proseguir con el análisis de esta situación con Mary, apareció que su temor principal era el no levantarse a la mañana para ordeñar las vacas. Ella tenía sueños de que se había olvidado por completo de las vacas por varios días, lo que significaba el desperdicio de la leche buena y nutritiva, y además estaba horrorizada de pensar el daño que les infligiría con esto a las vacas. Le interpreté que Mary representaba a su madre y las vacas representaban el pecho materno y establecí la relación con la transferencia: porque los problemas con Mary y las vacas mostraban un evidente parecido con la situación transferencial; faltó varios días del análisis y me dejé esperando. Esto significaba que yo representaba a la madre y al pecho materno en esta situación, y que ella de esta manera repetía en el análisis los ataques sádicos contra el pecho materno. La elaboración de estos sentimientos sádicos en la situación transferencial, evidenció claramente que los síntomas esquizoides de despersonalización y disociación del yo surgían cuando tenía la ocasión de experimentar envidia o frustración. Parecía como si sus sentimientos destructivos, en vez de ser reconocidos como agresión por su yo para que ella pudiera expresar su odio contra un objeto externo, se dirigían contra sus propios sentimientos libidinosos y contra su propio yo, cosa que llevaba, por un lado, a la desaparición de libido y otros sentimientos, y al mismo tiempo producía *una* disociación del yo que provocaba múltiples alteraciones en el funcionamiento de su yo. Por otra parte, como ya traté de explicar anteriormente, partes agresivas de la paciente fueron disociadas y proyectadas sobre, o más bien dentro del analista. En el punto culminante de la situación paranoide en la psicosis transferencial, apareció que la paciente temía que el analista la penetrara de la misma manera agresiva y peligrosa

como venganza frente a sus propios ataques y proyecciones.

La elaboración transferencial de estas situaciones tempranas de angustia tuvieron como resultado una considerable mejoría en el estado de la paciente.

El análisis de este caso se prolongó sólo tres años. En ese momento Mildred había mejorado a tal punto que pudo enamorarse y casarse. Su marido vivía en el extranjero y el tratamiento tuvo que ser interrumpido. No tuve noticias de ninguna recaída en los últimos 10 años.

Quiero referirme en detalle a algunos aspectos. Mencioné mi observación de que en el caso de Mildred los síntomas esquizofrénicos siempre surgían cuando ella experimentaba envidia o frustración. Melanie Klein ya en trabajos anteriores y sobre todo en conversaciones personales había señalado la importancia de la envidia temprana hacia el pecho materno. Pero recién en una conferencia mucho más tardía, en el Congreso Psicoanalítico en Ginebra (1955), habló con extensión sobre la importancia de la envidia temprana. Entre otras cosas, aclaró que la envidia excesiva influía desde el comienzo la relación de objeto del lactante con la madre y el pecho materno. Señaló que la envidia excesivamente fuerte puede impedir el establecimiento de una relación verdaderamente buena con el pecho materno, ya que la envidia trae una considerable desvalorización del objeto envidiado. Además insistía en que la envidia excesiva frecuentemente acrecentaba la disociación en el yo en la época más temprana de la vida y a veces es totalmente disociado, ya que es vivenciada como insoportable por el yo temprano. De este proceso emanan más adelante una serie de trastornos que influyen considerablemente el futuro desarrollo del yo.

A pesar de que durante el análisis de Mildred no pude reconocer completamente la importancia de la envidia, quiero sin embargo señalar ahora que los ataques sádicos contra el pecho materno, que se manifestaban en su comportamiento con Mary y también con el analista, seguramente tenían su origen en la envidia. En la historia de Mildred no se mencionaba ninguna alteración en la temprana relación de pecho con la madre. Al contrario, la madre insistía en que Mildred como lactante lloraba muy poco y era un bebé especialmente bueno, un dato que es frecuente encontrar en pacientes esquizoides y esquizofrénicos. En otros artículos anteriores he tratado de explicar por qué a pesar de la aparente ausencia de dificultades externas o ataques agresivos contra el pecho, en la

situación analítica estos impulsos y fantasías surgen a la superficie en forma tan intensa. Una de mis tesis era que los ataques sádicos contra el pecho sólo existían en la fantasía del lactante, mientras que el temor de morir de hambre por una parte, y fuertes sentimientos de persecución por otra parte, obligan al niño a aceptar alimento. Naturalmente que en esas condiciones no se puede establecer una relación satisfactoria con el pecho. Quisiera agregar ahora que yo creo que estos sentimientos sádicos ocultos tienen su origen en la envidia. El motivo por el cual en algunos lactantes estos sentimientos de envidia no aparecen en ninguna forma, como lo sería por ejemplo el rechazo del pecho u otras dificultades en la alimentación, debe estar relacionado con la disociación de esta envidia temprana. Es nuevamente Melanie Klein la que señaló la importancia de esta envidia disociada como una de las causas fundamentales de las psicosis, en especial de la esquizofrenia. Yo trataré de ilustrar un poco más esta situación de envidia temprana, ya que parece bastante increíble que ya un lactante experimente envidia, por lo cual esta situación es pasada por alto tan fácilmente en el análisis.

Una de las principales reacciones que aparecen en la transferencia al analizarse la situación de envidia temprana, es la incapacidad del paciente de aceptar algo bueno del analista (que en ese momento representa a la madre en la situación de amamantar), porque en el instante en que el paciente se da cuenta de que el analista contiene cosas buenas y por lo tanto puede darle algo bueno en la interpretación, se movilizan sentimientos de envidia. Como consecuencia de esta envidia el paciente rechaza completamente la interpretación y la desvaloriza. Esto puede desorientar mucho al analista inexperto que puede tener dudas sobre la validez de su interpretación. En la resistencia corriente contra las interpretaciones se debe calcular que lleva tiempo elaborarla a ella y al material analítico. Sin embargo, casi siempre se encuentra la comprobación de lo correcto de la interpretación, poco tiempo después. Cuando la envidia es muy fuerte, puede durar meses y meses hasta que el paciente acepte algo o demuestre haber aceptado algo. Esta reacción extraordinariamente negativa es una expresión típica de la envidia.

Lo bueno que ofrece el analista a través de las interpretaciones, inmediatamente se desvaloriza o se convierte en malo por la envidia. Cuando la interpretación es reconocida como buena y verdadera por el paciente, no puede, sin

embargo, ser aceptada como buena ya que la envidia impide adoptar una buena interpretación como objeto bueno y así reconocer una mejoría. ⁽²⁾ Cuando se logra analizar suficientemente las tendencias de desvalorización, de tal manera que el paciente pueda aceptar algo bueno y establecer una mejoría, vuelven a aparecer sentimientos de envidia que llevan a una desvalorización de la interpretación, y como consecuencia, a una reacción terapéutica negativa.

Estas reacciones negativas son de duración extraordinariamente larga en los análisis de algunos esquizofrénicos y constituyen uno de los mayores obstáculos.

Naturalmente que a veces la envidia corresponde al problema de castración o de la envidia del pene. Pero si la envidia temprana hacia el pecho materno tiene un papel fundamental en el análisis, entonces es necesario elaborar en detalle en la transferencia esta envidia. De vez en cuando aparecen trastornos en la alimentación, espasmos gástricos, inapetencia, síntomas éstos que ayudan al analista a llegar al origen oral de la envidia. Pero estas líneas de orientación son todavía insuficientes.

Otro aspecto clínico muy importante en el análisis de la envidia que señala Melanie Klein, es un super-yo temprano que contiene fuertes rasgos de envidia. En la transferencia el paciente se siente continuamente perseguido por un analista envidioso que no le permite aceptar nada bueno, que le quita todo lo bueno, o que quiere conservar todo lo bueno para sí, para desvalorizar y hacer malo al paciente. Quiero señalar que los impulsos sádicos y los sentimientos de persecución de Mildred, en el punto culminante de la situación transferencial paranoide, contenían fuertes trazos de envidia. Quiero hacer recordar que ella decía que trataba de juntar todo lo bueno y que yo se lo quitaba y la confundía. Llegó a acusarme de quitarle su personalidad, su yo y de transformarlo en malo. Ahora lo interpretaría de la siguiente manera: ella sentía que yo estaba tan envidioso de todo lo que ella poseía, que se lo quería quitar y separar en dos. Su otro pensamiento de persecución: que debía olvidar todo lo que estaba pasando y que debía pensar en otra cosa, estaba seguramente relacionado con su sensación de que yo solo consideraba importante mis propios pensamientos y que quería desvalorizar los suyos.

² Por ejemplo, el paciente puede expresar la desvalorización de la buena interpretación por envidia, de la siguiente manera: Es cierto lo que Ud. dice, pero cómo me va a ayudar eso a mí. Son Sólo palabras, charlatanería, etc.

A juzgar por estas experiencias, ahora analizarla mucho más en detalle en la situación transferencial los ataques envidiosos sobre el pecho materno y el super-yo envidioso de la paciente. Lo terapéuticamente importante en la interpretación de la situación de envidia no es sólo la conscientización de los sentimientos de envidia, sino la movilización de los sentimientos de amor cuyo desarrollo había sido impedido por la fuerte envidia. El análisis exitoso de la situación de envidia aumenta la capacidad de amar y de esta manera posibilita la curación.

La excesiva envidia todavía actúa de otra manera más en los esquizofrénicos. Melanie Klein señaló que en el lactante normal, que experimenta amor y odio al pecho materno, se establece una disociación para mantener separados el objeto bueno y el objeto malo.

Esta disociación o separación de lo bueno y lo malo es posible solamente cuando el pecho bueno puede ser experimentado como bueno por el lactante durante un tiempo más largo.

Cuando la envidia excesiva obstaculiza los sentimientos buenos hacia el pecho, la situación de poseer el pecho bueno no puede ser experimentada en forma suficientemente intensa y duradera como para separar el cuadro del pecho bueno del pecho malo. En estas circunstancias, ya aparecen estados confusionales en el lactante. Estos estados confusionales, que adoptan un papel importante en la esquizofrenia aguda, muy probablemente constituyen una regresión a las confusiones de la más temprana infancia cuando no se puede diferenciar lo bueno de lo malo. En un trabajo publicado en 1950: "Consideraciones sobre la psicopatología de los estados confusionales en las esquizofrenias crónicas" he señalado que los esquizofrénicos mezclan los objetos buenos y malos, lo que puede llevar a situaciones de disociación completamente anormales para volver a separar aquello que se había mezclado demasiado. Melanie Klein ahora señaló, en su trabajo sobre Envidia (1955) la importancia de la envidia en los estados confusionales de la temprana niñez y de la esquizofrenia. ⁽³⁾

³ Quiero señalar aquí que las investigaciones de Melanie Klein sobre mecanismos esquizoides y disociación del yo (1946) y también su trabajo sobre la envidia temprana (A Study of Envy and Gratitude, 1955), son una profundización del trabajo sobre la posición paranoide y depresiva que publicó en el año 1935.

Traducido por:

MAGDALENA DORIS STEINER

BIBLIOGRAFIA

W. R. BION, London: New Directions in Psychoanalysis, Tavistock Publications Ltd. Language and the Schizophrenic, 1954.

SIGMUND FREUD: Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia, 1911. Sigm. Freud, Ges..Werke..

MELANIE KLEIN: 1935, A Contribution to the Psychogenesis of Manic Depressive States, Int. J. Psychoanal. 16 contributions to Psychoanalysis.

—1946, Notes on some Schizoid Mechanisms, Int. J. Psychoanal, 27, p. 99

—1948, A contribution to the Theory of Anxiety and Guilt, Int. J. of Psychoanal. 29, 114.

—1955, Contribution to the Problems of Envy and Gratitude (Read at Int .Psychoanalytic Congress Geneva 1955).

HERBERT ROSENFELD: 1947, Analysis of a Schizophrenic State with Depersonalization, Int. J. Psychoanalysis, 28, 130.

—1949, Remarks in the Relations of Male Homosexuality to Paranoia, Paranoid Anxiety and Narcissism, Int. J. Psych-Anal., 30, 36.

—1950, Note on the Psychopathology of Confusional States in Chronic Schizophrenies, Int. J. Psych. Anal. 31.

—1951, Transference Phenomena and Transference Analysis in an Acute Schizophrenic Patient, Int. J. Psych. Anal., 33, 3.

—1952, Notes on the Psychoanalysis of the Superego Conflict of an Acute Schizophrenic Patient, Int. J. Psych. Anal. 33.—1955,

Zur Psychoanalytischen Behandlung akuter und chronischer Schizophrenie, Psyche, H. 3, 1955.

HANNA SEGAL: 1950, Some Aspects of the Analysis of a Schizophrenic, Int. J. Psycho-Analysis, 31, 268.

HARRY STACK SULLIVAN: 1931, The Modified Psychoanalytic Treatment of Schizophrenia, Amer. J. Psychiat. II.

