

Ataques al vínculo*

W. J. Bion
(Londres)

En trabajos anteriores (3) he tenido ocasión, al referirme a la parte psicótica de la personalidad, de hablar de los ataques destructivos del paciente a cualquier cosa que siente como teniendo la función de vincular un objeto con otro. En el presente trabajo, me propongo mostrar el significado de este tipo de ataque destructivo en la formación de algunos de los síntomas observados en casos limítrofes con la psicosis.

El prototipo de todos los vínculos que deseo considerar es el pecho o el pene primitivos. Doy por supuesto una familiaridad con las descripciones de Melanie Klein sobre las fantasías infantiles de ataques sádicos al pecho, el clivaje de sus objetos por parte del lactante, la identificación proyectiva, que es el nombre que da al mecanismo por el cual partes de la personalidad son clivadas y proyectadas en objetos externos, y, finalmente, con su punto de vista sobre los estadios tempranos del complejo de Edipo. Consideraré los ataques fantaseados al pecho como el prototipo de todos los ataques a objetos que sirven de vínculo y la identificación proyectiva como el mecanismo utilizado por la mente para deshacerse de fragmentos del yo producidos por su propia destructividad.

Describiré primero las manifestaciones clínicas, pero no en el orden dictado por la cronología de su aparición en la consulta, sino en aquel que permita que la exposición de mi tesis sea lo más clara posible. Luego presentaré material seleccionado para demostrar el orden que estos mecanismos asumen cuando su interrelación está determinada por la dinámica de la situación analítica. Concluiré formulando observaciones teóricas sobre el

* "The Int. J. of Psicho-Anal.", Vol. 11, partes V-VI, 1959.

material presentado. Los ejemplos provienen del análisis de dos pacientes, y de una etapa avanzada de sus análisis. Para conservar el anonimato, no haré distinción entre los pacientes, y distorsionaré los hechos de una manera que espero no perturbará la exactitud de la descripción analítica.

La observación de la propensión del paciente a atacar el vínculo entre dos objetos, se ve simplificada porque el analista establece un vínculo con el paciente a través de la comunicación verbal y de la capacitación que le presta su experiencia psicoanalítica. La relación creativa depende de esto y, por lo tanto, será fácil ver los ataques que se le hacen.

No me ocupo aquí de las resistencias típicas a las interpretaciones, sino que amplío a las referencias que hice a mi trabajo “La diferenciación de la parte psicótica de la personalidad de la no psicótica”, a los ataques destructivos al pensamiento verbal mismo.

EJEMPLOS CLINICOS

Describiré ocasiones que me proporcionaron la oportunidad de formular una interpretación al paciente, en un momento en que se la podía comprender, sobre una conducta destinada a destruir cualquier cosa que vincule a dos objetos.

Estos son los ejemplos:

1) Tuve oportunidad de dar al paciente una interpretación que explicitaba los sentimientos afectuosos hacia su madre por la capacidad de ésta para tratar con un niño difícil. El paciente intentó expresar su conformidad y, aunque bastaba con decir unas pocas palabras, su manifestación se vio interrumpida por un tartamudeo muy pronunciado, de modo que su comentario se extendió sobre un período de tiempo de un minuto y medio. Los sonidos emitidos se parecían a inspiraciones forzadas por falta de aire; estos jadeos se mezclaban con burbujeos, como si estuviera sumergido en el agua. Le llamé la atención

sobre estos sonidos y él mismo reconoció que eran insólitos, y proporcionó la descripción que acabo de hacer.

II) El paciente se quejaba de que no podía dormir. Con muestras de miedo dijo: "No puedo seguir así!". Mediante frases entrecortadas e inconexas, daba la impresión de que sentía superficialmente que alguna catástrofe iba a ocurrir, quizá algo parecido a la locura, si no lograba dormir. Refiriéndome al material de la sesión anterior, sugerí que temía soñar si se dormía. El lo negó y dijo que no podía pensar porque estaba mojado. --Le recordé su uso del término "mojado", como expresión de desprecio hacia alguien que consideraba débil y sentimental. No estaba de acuerdo e indicó que el estado al cual se refería era exactamente el opuesto. Por lo que sabía del paciente, sentí que su corrección era válida en ese momento y que de alguna manera el "estar mojado" se refería a una expresión de odio y envidia del tipo de las que asociaba a ataques urinarios sobre un objeto. Por lo tanto, dije que además de este miedo superficial, temía dormir porque para él representaba el escurrimiento de su propia mente. Asociaciones posteriores demostraron que sentía que mis buenas interpretaciones eran constante y permanentemente fragmentadas por él y se transformaban en orina mental que se escurría incontrolablemente. El sueño era entonces inseparable de la inconsciencia, a su vez idéntica a un -- estar sin mente, estado sentido como irreparable. Dijo: "Ahora estoy seco". Contesté que él sentía que estaba despierto y podía pensar, pero que este buen estado sólo podía mantenerse precariamente.

III) En esta sesión el paciente trajo un material ocasionado por el intervalo del fin de semana. Su reconocimiento de tales estímulos externos se había hecho demostrable en una etapa comparativamente reciente del análisis. Hasta ese momento, su capacidad para aprehender la realidad era objeto de conjeturas. Sabía que tenía contacto con la realidad porque venía solo al análisis, pero su comportamiento durante la sesión no permitía suponerlo. Cuando interpreté algunas asociaciones como prueba de' que sentía que había visto y aún estaba viendo un acto sexual entre dos personas, reaccionó como si hubiera recibido un violento golpe. En ese momento no pude decir dónde había experimentado la agresión, y aun ahora, retrospectiva-mente, no tengo una impresión clara. Sería lógico suponer que el golpe había sido

proporcionado por mi interpretación, y que, por lo tanto, vino de afuera, pero mi impresión es que lo sintió como proviniendo de adentro; el paciente vivenciaba frecuentemente lo que describía como un ataque a puñaladas desde adentro. Se incorporó y quedó mirando fijamente hacia adelante. Le dije que parecía ver algo. Contestó que no podía ver lo que estaba viendo. Gracias a experiencias previas pude interpretar que sentía que estaba “viendo” un objeto invisible; la experiencia subsiguiente me convenció de que en estos dos pacientes, de cuyos análisis extraje el material para este trabajo, hubo momentos en los que padecían alucinaciones visuales-invisibles. Más adelante ofreceré mis razones para suponer que en éste y en el ejemplo previo operaban mecanismos similares.

IV) En los primeros veinte minutos de la sesión el paciente hizo tres observaciones aisladas que no tenían ningún sentido para mí. A continuación dijo que parecía que una muchacha que había conocido, lo estaba comprendiendo. Esto fue seguido por un movimiento violento, convulsivo, que él demostró ignorar. Parecía ser idéntico al ataque a puñaladas que mencioné en el último ejemplo. Traté de llamar su atención sobre este movimiento, pero ignoró mi intervención de la misma manera en que ignoró el ataque. Dijo entonces que el cuarto estaba lleno de una bruma azul. Más tarde dijo que la bruma había desaparecido, pero que estaba deprimido. Interpreté que se sentía comprendido por mí. Esto era una experiencia agradable, pero el sentimiento agradable de ser comprendido había sido inmediatamente destruido y expulsado. Le recordé que recientemente habíamos visto su uso de la palabra “azul” como descripción concreta de una conversación sexual censurable. Si mi interpretación y los acontecimientos posteriores así lo sugieren, significaba que la experiencia de ser comprendido había sido fragmentada, convertida en partículas de abuso sexual, y proyectada. Hasta este momento sentía que la interpretación se aproximaba a su vivencia. Interpretaciones posteriores referidas a que la desaparición de la bruma se debía a la reintroyección y conversión en sentimientos depresivos, parecían tener menos realidad para el paciente. Pero, acontecimientos posteriores demostraron que podían ser correctas.

V) Esta sesión, como la de mi último ejemplo, empezó con dos o tres

observaciones como que hacía calor, que el tren había estado lleno y que era miércoles; esto ocupó treinta minutos. Surgió en mí la impresión de que estaba tratando de mantener

el contacto con la realidad, impresión que fue confirmada cuando dijo, a continuación, que temía una crisis. Un poco después dijo que yo no lo comprendería. Interpreté que él sentía que yo era malo y no aceptaría lo que él quería poner en mí. Lo hice en estos términos a propósito, porque había mostrado en la sesión previa que sentía que mis interpretaciones eran un intento de expulsar sentimientos que deseaba depositar en mí. Su respuesta fue que sentía que había dos nubes de probabilidad en el cuarto. Interpreté que él estaba tratando de deshacerse del sentimiento de que' mi maldad era real. Dije que esto significaba que necesitaba saber si yo era realmente malo, o si yo era alguna cosa mala que había provenido de dentro de él. Aunque en este momento este punto no tenía una importancia decisiva, me pareció que el paciente trataba de decidir si estaba alucinado o no. Esta ansiedad, recurrente en su análisis, se asociaba al miedo de que la envidia y el odio a la capacidad de comprender, lo llevaba a introducir un objeto bueno y comprensivo, para destruirlo y expulsarlo; procedimiento que había conducido a menudo a la persecución por parte del objeto destruido y expulsado. Le era importante saber si mi negativa a comprender era una realidad o una alucinación, pero solamente porque esto determinaba qué experiencias dolorosas vendrían después.

VI) La mitad de la sesión transcurrió en silencio; el paciente entonces anunció que un pedazo de hierro había caído al suelo. Después hizo una serie de movimientos convulsivos, en silencio como si sintiera que lo atacaban físicamente desde adentro. Dije que no podía establecer contacto conmigo debido a su miedo a lo que ocurría dentro de él. Confirmó esto diciendo que sentía que lo asesinaban. No sabía qué haría sin el análisis, ya que éste lo mejoraba. Dije que se sentía tan envidioso de él mismo y de mí, porque podíamos trabajar juntos para mejorarlo, que nos incorporó a los dos como un pedazo de hierro muerto y un piso muerto que se juntan, no para darle vida, sino para asesinarlo. Se puso muy ansioso y dijo que no podía seguir. Dije que no podía seguir porque o estaba muerto o vivo, y tan envidioso que tenía que detener el buen análisis. Hubo una disminución marcada de la ansiedad, pero

el resto de la sesión fue ocupado por observaciones aisladas sobre hechos reales que impresionaban otra vez como un intento de mantener el contacto con la realidad externa como método de negar sus fantasías.

ASPECTOS COMUNES DE ESTOS EJEMPLOS

Los episodios referidos fueron elegidos porque, en cada uno, el tema dominante era el ataque destructivo a un vínculo. En el primero, el ataque se expresó en un tartamudeo, destinado a impedir que el paciente utilizara el lenguaje como vínculo entre él y yo. En el segundo, el dormir era vivenciado por él como igual a una identificación proyectiva que se desarrollaba sin que él la pudiese controlar. Dormir significaba para él que su mente, fragmentada, fluía como una corriente de partículas agresoras.

Estos ejemplos aclaran el proceso del soñar esquizofrénico. El paciente psicótico parece no tener sueños, o por lo menos no referirlos hasta una etapa bastante avanzada del análisis. Mi impresión actual, es que este período aparentemente sin sueños es un fenómeno análogo a la alucinación visual-invisible. Es decir, que los sueños se componen de material tan infinitamente fragmentado, que carecen de componente visual. Cuando el paciente experimenta sueños que puede traer, porque han versado sobre objetos visuales, parece sentir que estos objetos tienen una relación con los objetos invisibles de la etapa previa análoga a la de las heces con la orina. Los objetos que aparecen en las experiencias que llamamos sueños, son vivenciados por el paciente como sólidos y, como tales, se diferencian de aquellos contenidos oníricos consistentes en un continuo de fragmentos diminutos e invisibles.

En el momento de la sesión, el tema principal no era el ataque al vínculo, sino las consecuencias del ataque, previamente realizado, que lo había despojado del estado de ánimo necesario para poder establecer una relación satisfactoria entre él y su cama. Aunque no apareció en la sesión que relato, la identificación proyectiva incontrolable (lo que el dormir significaba para él) era vivenciada como un ataque destructivo contra el estado de ánimo de los padres en coito. Había, por lo tanto, una doble ansiedad; por un lado, miedo de ser despojado de su mente; por otro, miedo de no poder controlar sus ataques hostiles (con armas provenientes de la mente misma), contra el estado de ánimo

que constituye el vínculo entre la pareja parental. El dormir y el no dormir eran inaceptables por igual.

En el tercer ejemplo, donde describo alucinaciones visuales de objetos invisibles, somos testigos de un modo de ataque a la pareja sexual. Mi interpretación, por lo que pude entender, fue vivenciada por él como si fuera su propia sensación visual de un acto sexual entre los padres; esta impresión visual es diminutamente fragmentada y expulsada en partículas tan pequeñas que constituyen los componentes invisibles de un continuum. El procedimiento total sirve al propósito de impedir la vivencia de sentimientos de envidia hacia el estado de ánimo parental por medio de una expresión inmediata de la envidia en un acto destructivo. Más adelante haré otras aportaciones sobre este odio implícito en la emoción y sobre la necesidad de evitar su reconocimiento.

En el cuarto ejemplo, el relato de la muchacha que comprendía y la bruma, mi comprensión y su agradable estado de ánimo, habían sido vivenciados como un vínculo entre nosotros que podría dar lugar a un acto creativo. El vínculo había sido visto con odio y convertido en sexualidad hostil y destructiva que volviera estéril a la pareja analista-paciente.

En el quinto ejemplo, de las dos nubes de probabilidades, la capacidad para comprender es el vínculo que se está atacando, pero lo que interesa es el hecho de que el objeto que efectúa el ataque destructivo es ajeno al paciente. Además, el destructor está atacando la identificación proyectiva que el paciente vivencia como método de comunicación. Mientras mi supuesto ataque a su método de comunicación es sentido como posiblemente secundario a sus ataques envidiosos sobre mí, él no disocia sus sentimientos de culpa y su responsabilidad. Otro punto es la aparición del discernimiento, que Freud considera un aspecto esencial del predominio del principio de realidad, entre las partes expulsadas de la personalidad del paciente. El hecho de que había dos nubes de probabilidad, quedó sin aclarar en ese momento, pero en sesiones posteriores obtuve material que me llevó a suponer que lo que en un principio era un intento de Separar lo bueno de lo malo, sobrevivió en la existencia de dos objetos, pero ahora tan parecidos que cada uno era una mezcla de lo bueno y lo malo. Considerando el material de las sesiones posteriores, puedo ahora extraer conclusiones que no eran visibles en ese momento. Su capacidad para discernir que había sido fragmentada y destruida con el resto

de su yo y luego expulsada, era sentida por él como similar a los otros objetos bizarros del tipo de los que he descrito en su trabajo sobre “La diferenciación de la parte psicótica de la personalidad de la no psicótica”. Estas partículas expulsadas eran temidas debido al trato que él les había dado. Sentía que el discernimiento enajenado —las nubes de probabilidad— indicaban que yo era probablemente malo. Su sospecha de que las nubes eran hostiles y perseguidoras, lo llevaba a dudar del valor de la ayuda que le ofrecían. Podrían darle un asesoramiento correcto, o uno intencionadamente falso, tal como que un hecho era una alucinación, o viceversa; o darían lugar a lo que del punto de vista psiquiátrico llamaríamos ilusiones. Las nubes tenían algunas de las cualidades del pecho primitivo y eran vivenciadas como enigmáticas y amenazadoras.

En el sexto ejemplo, el relato de que un pedazo de hierro había caído al suelo, no tuve ocasión de interpretar un aspecto del material con el cual el paciente, a esta altura del análisis, estaba familiarizado. (Debería aclarar que la experiencia me había demostrado que en ocasiones, yo daba por sentada la familiarización del paciente con algún aspecto de la situación que estábamos tratando, y descubría luego que, a pesar del trabajo ya hecho, se la había olvidado.) El aspecto conocido que no interpreté, pero que tiene importancia en la comprensión del episodio, es que la envidia del paciente hacia la pareja de los padres había sido evitada, sustituyéndolos por la pareja yo-él. Esta evitación había fracasado, porque la envidia y el odio estaban ahora dirigidos contra mí y contra él mismo. La pareja desarrollando un acto creativo es sentida como compartiendo una experiencia emocional envidiable; él, identificado también con la parte excluida, tiene al mismo tiempo una experiencia emocional dolorosa. En muchas ocasiones el paciente, en parte a través de experiencias del tipo de la que descrito en este episodio, y en parte por razones que consideraré más tarde, sentía odio de la emoción positiva y, por lo tanto, de la vida misma.

Este odio contribuye al ataque homicida contra lo que vincula a la pareja contra la pareja misma y contra el objeto engendrado por la pareja. En el episodio que describo, el paciente está sufriendo las consecuencias de sus ataques tempranos al estado de ánimo que forma el vínculo entre la pareja creativa y de su identificación tanto con el estado de ánimo de odio como con el creativo.

En ésta y en las precedentes ilustraciones, se observan elementos que sugieren la formación de un objeto perseguidor y hostil, o de una aglomeración de tales objetos que expresa su hostilidad de una manera muy importante para producir el predominio de mecanismos psicóticos en un paciente; las características que he conferido a la aglomeración de objetos perseguidores tienen la cualidad de un super-yo primitivo y homicida.

CURIOSIDAD, ARROGANCIA Y ESTUPIDEZ

En el trabajo que presenté en el Congreso Internacional de 1957 (4), sugerí que la analogía que establece Freud entre el psicoanálisis y una investigación arqueológica, era productiva si se la consideraba como el descubrimiento no de una civilización primitiva, sino de un desastre primitivo. El valor de esta analogía se ve disminuido porque en el análisis no nos enfrentamos con una situación estática que permita un estudio detenido, sino con una catástrofe que permanece activamente vital y, sin embargo, incapaz de resolverse y llegar al reposo. Esta falta de progreso en cualquier dirección debe ser atribuida en parte a una destrucción de la capacidad para la curiosidad, con la consiguiente incapacidad para aprender, pero antes de considerar esto, debo aclarar un punto que apenas se esboza en los ejemplos que he presentado.

Los ataques al vínculo se originan en lo que Melanie Klein llama la fase esquizoparanoide. Este período está dominado por relaciones con objetos parciales. Si se tiene en cuenta que el paciente establece una relación de objeto-parcial con él mismo, y también con objetos que no forman parte de él, se comprenden frases como “parecería” que son muy utilizadas por los pacientes muy perturbados, en aquellas ocasiones en que un paciente menos perturbado diría “yo pienso” o “yo creo”. Cuando el paciente dice “parecería”, se refiere muchas veces a un sentimiento —un sentimiento de “parece”— que forma parte de su mente y, sin embargo, no es sentido como parte de un objeto total. El concepto de objetos parciales como análogo a una estructura anatómica, que se ve favorecido porque el paciente utiliza imágenes concretas como unidades de pensamiento, es engañoso, porque la relación de objeto-parcial no se establece con las estructuras anatómicas, sino con la función, no con la anatomía sino con la fisiología, no con el pecho sino con la alimentación,

el envenenamiento, el amar, el odiar. Esto contribuye a la impresión de un desastre dinámico, no estático. El problema a solucionar en este nivel temprano y superficial, debe ser encarado, en lenguaje adulto, mediante la pregunta: “¿qué es algo?”, y no mediante la pregunta: “¿por qué es algo?”, porque el “¿por qué?” ha sido disociado a través de la culpa. Aquellos problemas cuya solución depende de un conocimiento de causa, no pueden ser planteados y, mucho menos, resueltos. Esto produce una situación en la cual el paciente parece no tener problemas, salvo aquellos planteados por la existencia de analista y paciente. Su preocupación versa sobre qué es ésta o aquella función, que reconoce como tal, aunque no puede aprehender la totalidad de la que la función forma parte. De aquí se desprende que nunca se plantea porqué el analista o el paciente están ahí, o porqué algo fue dicho o hecho o sentido, y que tampoco puede pensar en que se intente alterar las causas de algunos estados de ánimo. Y como “¿qué?” nunca puede ser contestado sin “¿cómo?” o “¿por qué?”, se producen más dificultades. Dejaré esta cuestión de lado para considerar algunos de los mecanismos utilizados por el lactante para resolver el problema del “¿qué?” cuando se plantea en una relación con un objeto parcial que tiene una función.

NEGACION DE GRADOS NORMALES DE IDENTIFICACION PROYECTIVA

Utilizo el término “vínculo” porque deseo considerar la relación del paciente con una función más que con el objeto que desempeña esa función; me interesa no sólo el pecho o el pene o el pensamiento verbal, sino su función de proporcionar un vínculo entre dos objetos.

En sus “Notas sobre mecanismos esquizoides”, Melanie Klein habla de la importancia del uso excesivo del clivaje y la identificación proyectiva para producir una personalidad muy perturbada. También habla de “la introyección del objeto bueno, en primer término el pecho de la madre, como prerequisite para un desarrollo normal”. Voy a suponer, sin definir los límites de la normalidad, que existe un grado normal de identificación proyectiva que, junto con la identificación introyectiva, constituye el fundamento para el desarrollo normal.

Esta impresión deriva en parte de un aspecto del análisis de un paciente,

difícil de interpretar, porque no se mostraba en ningún momento suficientemente obvio como para motivar una interpretación que se apoyara en hechos convincentes. El paciente recurría a lo largo de su análisis, a la identificación proyectiva con una persistencia que sugería que se trataba de un mecanismo del cual nunca había podido valerse suficientemente; el análisis le daba una oportunidad para utilizar un mecanismo del que había sido privado. No tuve que contar con esta impresión solamente. Hubo sesiones que me llevaron a suponer que el paciente sentía que había algún objeto que le negaba el uso de la identificación proyectiva. En las ilustraciones que ofrecí aquí, especialmente en la primera (el tartamudeo) y la cuarta (la muchacha comprensiva y la bruma azul), hay elementos que indican que el paciente sentía que partes de su personalidad que quería depositarme, eran rehusadas por mí, pero hubo asociaciones previas a esto, que me llevaron a este enfoque.

Cuando el paciente trataba de deshacerse del temor a la muerte, sentido como demasiado poderoso para contenerlo en su propia personalidad, disociaba sus temores y los depositaba en mí, con la idea de que si podían permanecer allí durante un tiempo, serían modificados por mi mente y podrían entonces ser reintroyectados sin peligro. En la ocasión a que me refiero, el paciente había sentido que yo los evacuaba tan rápidamente que los sentimientos no se modificaban, y que, al contrario, se volvían más dolorosos, probablemente por razones similares a aquellas que formulé en la quinta ilustración (las nubes de probabilidad).

Asociaciones de un período previo del análisis mostraban una intensidad creciente de las emociones del paciente. Esto se originaba en lo que él sentía como mi negativa a aceptar partes de su personalidad. Como consecuencia, luchaba por metérmelas con violencia y desesperación crecientes. Su comportamiento aislado del contexto del análisis podría haber sido tomado como la expresión de una agresión primaria. Cuanto más violentas sus fantasías de identificación proyectiva, más miedo me tenía. Hubo también sesiones en que este comportamiento expresaba agresión inmotivada, pero menciono estos ejemplos porque muestran al paciente en otro aspecto, es decir, su violencia como reacción a lo que él sentía como mi defensa hostil. Me sentía testigo, en la situación analítica, de una escena muy arcaica. Sentí que el paciente había vivenciado en la infancia una madre que respondía por sentido del deber a las manifestaciones emocionales del niño. Esta respuesta

por sentido del deber, tenía un elemento de impaciencia, de “no sé lo que tiene esta criatura”. Mi deducción es que para comprender lo que necesitaba el niño, la madre tendría que haber actuado con los llantos más que con un simple acto de presencia. Desde el punto de vista del niño, ella tendría que haber incorporado y experimentado el temor de que él se estaba muriendo. Este temor era el niño que no podía contener dentro de sí. Trataba de disociarlo conjuntamente con la parte de la personalidad que lo contenía y proyectarlo dentro de la madre. Una madre comprensiva puede vivenciar este miedo, que el niño está tratando de resolver por medio de la identificación proyectiva, y mantener su equilibrio. El paciente tuvo una madre que no podía tolerar la vivencia de tales sentimientos, y reaccionaba negándoles la entrada o, alternativamente, siendo presa de la ansiedad resultante de la introyección de los sentimientos del niño. Esta última reacción, me parece, era menos frecuente: la negación dominaba.

Para algunos, esta reconstrucción será demasiado fantasiosa; a mí no me parece forzada, y responde a aquellos que pueden objetar que se da demasiado énfasis a la transferencia, sin aclarar debidamente los primeros recuerdos tempranos.

En el análisis se puede ver una situación compleja. El paciente siente que se le permite aprovechar una oportunidad de la que antes había sido privado. Lo doloroso de su privación se hace así más intenso, y también el resentimiento por haber sido privado. Coexisten la gratitud hacia el analista por la oportunidad provista y la hostilidad contra él como persona que no va a comprender, y que le niega al paciente el uso del único modo de comunicación de que dispone para hacerse comprender. De esta manera, el vínculo entre paciente y analista, o niño y pecho, es el mecanismo de la identificación proyectiva. Los ataques destructivos contra este vínculo se originan en una fuente externa al paciente o al niño; es decir, el analista o el pecho. El resultado es una identificación proyectiva excesiva por parte del paciente y un deterioro de su proceso de desarrollo.

No propongo esta experiencia como la causa de la perturbación del paciente; esa tiene su fuente principal en la tendencia innata del niño, como describí en mi trabajo sobre “La diferenciación de la parte psicótica de la

personalidad de la no psicótica” (3). Lo considero el aspecto principal del factor ambiental en la génesis de la personalidad psicótica.

Antes de discutir este factor ambiental en el desarrollo del paciente, debo referirme a las características innatas y al rol que desempeñan en la producción de ataques por parte del niño contra todo lo que lo vincula al pecho, es decir a la agresión primaria y a la envidia. La gravedad de estos ataques se ve aumentada si la madre manifiesta el tipo de incomprensión que he descrito, y se ve disminuida, pero no abolida, si la madre puede introyectar los sentimientos del lactante y permanecer equilibrada; la gravedad permanece porque un niño psicótico está agobiado por el odio y la envidia de la capacidad de la madre para mantener un estado de ánimo apacible, aun experimentando los sentimientos del niño. Esto fue demostrado claramente por un paciente que insistía en que yo tenía que convivir la experiencia con él, pero experimentaba odio cuando sentía que yo era capaz de hacerlo sin claudicar. Aquí tenemos otro aspecto del ataque destructivo al vínculo; siendo éste la capacidad del analista para introyectar las identificaciones proyectivas del paciente. Ataques al vínculo, por lo tanto, son sinónimos de ataques al estado apacible del analista, y primitivamente al estado apacible de la madre. La capacidad de introyectar es transformada por la envidia y el odio del paciente en una voracidad que devora la mente del paciente; de la misma manera, un estado apacible se transforma en indiferencia hostil.

En este momento surgen problemas analíticos a través del “acting out” del paciente (para destruir el estado apacible tan envidiado), actos delictivos y amenazas de suicidio.

CONSECUENCIAS

Pasando revista a los aspectos principales destacados hasta ahora, vemos que el origen de la perturbación es doble. Por una parte, la tendencia innata del paciente a la destructividad excesiva, al odio ya la envidia; por la otra, el ambiente que, en su peor expresión, le niega el uso de mecanismos de disociación y de identificación proyectiva. En algunas instancias, los ataques destructivos al vínculo entre paciente y ambiente o entre distintos aspectos de la personalidad del paciente, tienen su origen en él mismo; en otras, en la

madre, aunque en este último caso, y en los pacientes psicóticos, no puede ser nunca solamente en la madre. Estas perturbaciones comienzan con la vida misma. El problema que enfrenta el paciente es: ¿cuáles son los objetos que él reconoce? Estos objetos, internos o externos, son de hecho objetos parciales y predominante aunque no exclusivamente, lo que llamaríamos funciones, no estructuras morfológicas. Esto se ve enmascarado porque el pensamiento del paciente es conducido a través de objetos concretos y, por lo tanto, tiende a producir en la mente sofisticada del analista la impresión de que la preocupación del paciente versa sobre la naturaleza del objeto concreto. El paciente explora, por medio de la identificación proyectiva, la naturaleza de las funciones que despiertan su curiosidad. Sus propios sentimientos, demasiado poderosos para ser contenidos dentro de su personalidad, se encuentran entre estas funciones. La identificación proyectiva lo habilita para investigar sus propios sentimientos en una personalidad lo suficientemente fuerte como para contenerlos. La negación del uso de este tipo de mecanismo, sea por la negativa de la madre para servir como depositario de los sentimientos del niño o por la envidia y el odio del paciente que no puede permitir que su madre ejerza esta función, lleva a la destrucción del vínculo entre niño y pecho y, por lo tanto, a una perturbación severa del impulso de curiosidad, del que depende la capacidad para aprender. Se prepara el camino para un retraso grave en el desarrollo. Además, gracias a la prohibición del principal método que se le ofrece al lactante para tratar con sus emociones demasiado intensas, la conducción de su vida emocional, problema grave de todas maneras, se hace intolerable. Los sentimientos de odio se dirigen contra todas las emociones, incluyendo el odio mismo, y contra las realidades externas que las estimulan. Hay sólo un paso desde el odio de las emociones hasta el odio de la vida misma. Como dije en mi trabajo "La diferenciación de la parte psicótica de la personalidad de la no psicótica" (3), este odio conduce a un recurrir a la identificación proyectiva de todo el aparato perceptivo, incluyendo el pensamiento embrionario que forma un vínculo entre impresiones sensoriales y consciencia. La tendencia a la excesiva identificación proyectiva es reforzada cuando predominan los instintos de muerte.

SUPER-YO

El desarrollo temprano del super-yo es efectuado por este tipo de funcionamiento, de la siguiente manera: como he dicho ya, el vínculo entre lactante y pecho depende de la identificación proyectiva y de la capacidad para introyectar las identificaciones proyectivas. Un fracaso en esta introyección hace que los objetos externos aparezcan como intrínsecamente hostiles a la curiosidad y al método, la identificación proyectiva, por el cual el lactante trata de satisfacerla. Si el pecho es vivenciado como fundamentalmente comprensivo, se transforma, mediante el odio y la envidia del niño, en un objeto cuya voracidad tiene por meta introyectar las identificaciones proyectivas para destruirlas. Esto se puede ver en la creencia del paciente de que el analista, trata al comprender al paciente, de enloquecerlo. El resultado es un objeto que, una vez instalado en el paciente, ejerce la función de un super-yo severo y destructor del yo. Esta descripción no es correcta si se aplica a la posición esquizoparanoide porque supone un objeto total. La amenaza que encierra este objeto total contribuye a la incapacidad, bien descrita por Melanie Klein y otros, que tiene el paciente psicótico para enfrentar la posición depresiva y los desarrollos que dependen de ella. En la posición esquizoparanoide, los objetos bizarros compuestos parcialmente de elementos de un super-yo perseguidor, son predominantes, tal como lo describí en mi trabajo sobre “La diferenciación de la parte psicótica de la personalidad de la no psicótica”.

RETARDO EN EL DESARROLLO

La perturbación del impulso de curiosidad, del que depende todo aprendizaje, y la negación del mecanismo por el cual trata de manifestarse, hacen imposible el desarrollo normal. Otros hechos interfieren si el curso del análisis es favorable; problemas que, en lenguaje sofisticado, se formulan con la palabra “¿por qué?”, no se pueden plantear. El paciente parece no poder aprehender las causas y se queja de estados de ánimo dolorosos, mientras persiste en las actitudes que los engendran. Por esta razón, cuando se presenta material apropiado, se debe mostrar al paciente que no tiene interés en saber porqué él siente así. La elucidación del alcance limitado de su curiosidad, llevará al ensanchamiento del campo y a una preocupación incipiente

por las causas. Esto conduce a modificaciones de su conducta, que de otra manera sólo prolonga su sufrimiento.

CONCLUSIONES

Las principales conclusiones de este trabajo están relacionadas con aquel estado de ánimo en el que la mente del paciente contiene un solo objeto interno que se opone a todo vínculo y lo destruye, desde el más primitivo (que, como he sugerido, es un grado normal de identificación proyectiva) hasta las formas más sofisticadas de comunicación verbal y artística.

En este estado de ánimo, la emoción es odiada; es sentida como demasiado intensa para ser contenida en la mente inmadura, es sentida como vínculo entre objetos, y le confiere realidad a objetos que no son el self, y por lo tanto son hostiles al narcisismo primario.

El objeto interno que, en su origen, fue un pecho externo que rehusó introyectar, cobijar, y así modificar la fuerza perniciosa de la emoción, es sentido, paradójicamente, como intensificando, en relación a la fuerza del yo, las emociones contra las cuales inicia los ataques. Estos ataques sobre la función vinculadora de la emoción llevan a un predominio en la parte psicótica de la personalidad, de vínculos que parecen lógicos, casi matemáticos, pero nunca emocionalmente razonables. Como consecuencia, los vínculos que perduran son perversos, crueles y estériles.

El objeto externo internalizado, su naturaleza, los efectos que produce en los métodos de comunicación dentro de la mente y con el ambiente, serán elaborados posteriormente.

REFERENCIAS

1. BION, W. R. (1954).— Notes on the Theory of Schizophrenia. “Int. .J. Psycho-Anal.”, 35, pt. II.
2. - - - - (1956).— Development of Schizophrenic Thought. “Int. J. Psycho-Anal.”, 37.
- 3.------(1957).— The differentiation, of the Psychotic from the Non-Psychotic Part of the Personality. “Int, J. Psycho-Anal.”, .38, pts. III-IV.
- 4.------(1957).— On the Arrogance. “Int. Psycho-Anal.” Congress, 1957.
5. KLEIN, M. (1928).— “Early Stages of the Oedipus Conflict”.
- 6.------(1934)—A Contribution to the Psycho-genesis of Manic-Depressive States, 13th. “Int. Psycho-Anal.”, Congress, 1934
- (1946).— “Notes on some Schizoid Mechanisms”.
- 8.------(1948).— The Theory of Anxiety and Guilt. “Int. J. Psycho-Anal.”, 29.
- 9.------(1957).— “Envy and Gratitude”, Clap. II. Tavistock Publications, 1957.
10. ROSENFELD, H. (1952).— Notes on the Superego Conflict in an Acute Schizophrenic Patient. “Int. .J. Psycho-Anal.”, 33.
11. SEGAL, H. (1950).— Some Aspects of the Analysis of a Schizophrenia. “Int. J. Psycho-Anal.”, 31, pt. IV.
12. (1956).— Depression in the Schizophrenic. “Int. J. Psycho-Anal.”, 37, pts. IV-V.

13. (3957).— Notes en Symbol Formation. "Int. .J. Psycho-Anal.", 38. pt. VI.