

La perturbación de las relaciones sociales precoces en la génesis de la esquizofrenia

Juan Coderch

Resumen

El autor considera que las primeras relaciones de objeto representan la forma más precoz de la socialización en la vida de los seres humanos. Determinadas alteraciones en estas relaciones objetales dan lugar a la predisposición a la psicosis esquizofrénica. De acuerdo con las concepciones de Melaine Klein, las ansiedades básicas del niño dan lugar a dos posiciones fundamentales, la esquizo-paranoide y la depresiva. Si la ansiedad paranoide es muy intensa no se alcanza la posición depresiva, y el niño permanece fijado en la posición esquizo-paranoide. En estos casos, se produce una utilización masiva del mecanismo de identificación proyectiva, que da lugar a una desintegración del yo y a la aparición, si las condiciones son especialmente desfavorables, de la sintomatología esquizofrénica. Se presentan fragmentos del análisis de una enferma esquizofrénica para ilustrar estas concepciones.

Las primeras investigaciones freudianas acerca de las causas de la psicosis esquizofrénica giraron en torno al estudio de la disposición de la libido, llegando a la conclusión de que en dicha enfermedad la libido es retirada de los objetos y convertida en libido narcisista, con posterior redistribución de la misma. Este proceso da lugar a tres fases: 1.º Ruptura con la realidad por retracción de la libido o decaetaxis. 2.º Hipercatexis. 3.º Restitución de la libido a los objetos o recatexis. Posteriormente el mismo Freud llegó al convencimiento de que este mecanismo de desplazamiento libidinal era insuficiente para la comprensión de la esqui-

zofrenia, así como de la necesidad de complementarlo con el concepto del conflicto estructural, situando el centro de gravedad de este último en la lucha entre el yo y la realidad exterior, y en la regresión de las tres instancias psíquicas, ello, yo y super yo. Más adelante, K. Abraham investigó la predisposición a desarrollar una psicosis esquizofrénica a través del estudio de las relaciones de objeto, cuestión esta que constituirá el tema de mi aportación.

Parece natural que en una mesa en la que se debate el tema de la sociogénesis de la esquizofrenia deba habiarse de la más precoz de las relaciones sociales, las relaciones del niño con el objeto primario, es decir, la madre, y de cómo la inadecuación de estas relaciones de objeto conduce a una disgenesia psíquica y, en algunos casos, a esta peculiar alteración psiquiátrica que denominamos esquizofrenia. Me referiré, pues, a las perturbaciones en las relaciones objetales que constituyen la predisposición a la psicosis esquizofrénica. Después de un breve resumen teórico, expondré algunos fragmentos del material aportado por una enferma sometida a tratamiento psicoanalítico, a través de los cuales podrá verse la expresión clínica de algunos de los conceptos previamente desarrollados.

Gracias a los análisis de niños efectuados por Melanie Klein, sabemos que, a partir de los impulsos libidinales y agresivos dirigidos hacia un objeto externo —el pecho de la madre—, el niño crea la imagen de un objeto bueno y un objeto malo. Ambos objetos, al ser introyectados, constituyen el primer núcleo del yo y del super yo. Describió también las dos posiciones que corresponden a las dos ansiedades básicas en el primer

año de vida: la posición esquizo-paranoide, que se extiende desde el momento del nacimiento hasta el cuarto mes, y la posición depresiva, que aparece alrededor del cuarto mes y se extiende hasta finales del primer año.

Desde el principio de la vida, los impulsos agresivos se dirigen contra el objeto. Los impulsos oral-sádicos propios de esta primera etapa se traducen en fantasías de ataque y destrucción de dirigidas al pecho y cuerpo maternos: morder, devorar y robar lo que hay dentro. Esto da lugar a temores de ser atacado, destruido, vaciado y controlado de la misma forma, constituyendo estos temores, posteriormente, expresiones características de la paranoia y la esquizofrenia. Las defensas contra esta ansiedad persecutoria, como la disociación del objeto y del self, negación, omnipotencia, realización alucinatoria de deseos, etc., que predominan durante el tiempo de máximo apego de la posición esquizo-paranoide, reaparecen, después, en el cuadro clínico de la esquizofrenia.

Si durante los cuatro primeros meses los impulsos agresivos dan lugar a ansiedades paranoides muy intensas, predominan las fantasías de objetos persecutorios, lo cual perturba la capacidad para internalizar buenos objetos que puedan formar el núcleo de un yo y un super yo sanos. Al mismo tiempo, si los temores persecutorios son muy fuertes, los correspondientes mecanismos esquizoides de disociación y de identificación proyectiva e introyectiva se producen en forma patológicamente masiva y el yo no puede alcanzar o elaborar adecuadamente la siguiente posición, es decir, la posición depresiva. Ello refuerza la posición esquizo-paranoide y prepara el terreno para la aparición de la esquizofrenia. En las condiciones normales del desarrollo el niño avanza desde la posición esquizo-paranoide hacia la depresiva, y, paralelamente a este avance, disminuyen los temores persecutorios, así como la disociación del self y de los objetos. Al mismo tiempo, la ansiedad comienza a centrarse alrededor del miedo a perder el objeto bueno que se ha convertido ya en un objeto total por fusión de los aspectos «buenos» y «malos» del primitivo objeto escindido, siendo la ansiedad persecutoria substituida por la ansiedad depresiva. En los enfermos esquizofrénicos ha existido un fallo en la superación de la posición esquizo-paranoide, y, o bien no se ha alcanzado la posición depresiva, o bien, aun cuando se haya llegado a los umbrales de ésta, los impulsos agresivos y las ansiedades persecutorias excesivamente intensos hacen que no pueda establecerse y elaborarse de una forma definitiva, de manera que se produce, en un momento determinado, una regresión masiva a la posición esquizo-paranoide, con aparición de la sintomatología clínica propia de la esquizofrenia.

Muchos de los síntomas clínicos de la esquizofrenia y la paranoia se hallan en relación con la utilización masiva y no superada de la identificación proyectiva. La penetración de partes del self dentro del objeto da lugar a temores acerca de los peligros que amenazan en el interior de éste; por ejemplo, ser controlado o perseguido en el interior

del objeto. Esto se encuentra en la base del sentimiento, presente en muchos esquizofrénicos, de que todos sus sentimientos y actos son espías, conocidos y controlados por invisibles perseguidores. Lo mismo puede decirse en cuanto a la creencia de que los perseguidores penetran con máquinas, rayos, electricidad, etc., en el interior del cuerpo, de las vísceras o del cerebro, y de que dirigen e influyen el pensamiento y el comportamiento del sujeto en contra de su voluntad. La reintroyección del objeto aumenta estos sentimientos de ser perseguido y controlado internamente, dado que junto con el objeto se reintroyectan las partes agresivas y controladoras del yo que se habían proyectado previamente en aquél. Las ideas delirantes de envenenamiento a través de los alimentos, por gases, etc., tan frecuentes en gran número de esquizofrénicos, expresan esta ansiedad de ser destruido al incorporar las partes peligrosas del propio yo que se habían proyectado al exterior.

Podemos distinguir tres tipos principales de identificación proyectiva. Una de ellas es la identificación proyectiva como forma de comunicación, y que, por tanto, debemos considerar como un mecanismo útil y normal para el desarrollo de las relaciones de objeto. En los futuros esquizofrénicos, sin embargo, se produce una distorsión y falta de evolución de las relaciones infantiles basadas en una comunicación no verbal entre el niño y la madre. En este tipo de comunicación, las tensiones instintivas, las partes del self y las ansiedades que el niño no puede manejar son proyectadas en la madre, siendo ésta capaz de responder intuitivamente, conduciéndose y haciéndose cargo de las ansiedades del niño, y aliviando así la tensión de éste a través de su comportamiento para con él.

Otra forma de identificación proyectiva es la utilizada para negar la realidad psíquica. En esta situación, el paciente (y el niño) disocia partes de su self, impulsos y ansiedades, y los proyecta en el analista (en la madre) con el propósito de evacuar contenidos mentales perturbadores, lo cual conduce a una negación de la realidad psíquica.

Un tercer tipo de identificación proyectiva es aquel en que el paciente (y el niño) proyecta partes del self en el analista (en la madre) como una forma de controlar el cuerpo y la mente de éste.

También podemos decir que las relaciones de objeto del esquizofrénico son fundamentalmente narcisistas, ya que, a consecuencia de la masiva identificación proyectiva que se produce en esta psicosis, el self es confundido con el objeto y, por tanto, las relaciones de objeto son relaciones con aspectos del propio self. Esto se halla ligado con la envidia que el bebé experimenta hacia el objeto bueno, capaz de dar vida y alimento, y que más tarde, en la transferencia analítica, se reproduce como envidia hacia el analista capaz de proporcionar la ayuda, claridad y comprensión que el enfermo precisa. Una defensa contra esta envidia consiste en la disociación de las partes envidiosas del self y su proyección en el objeto, el cual queda entonces convertido en este aspecto envidioso del enfermo. Otra defensa consiste en la fantasía de entrar dentro del objeto envidiado y admirado,

fantaseándose entonces que se es el propio objeto y tomando su papel. Cuando los sentimientos de envidia y los impulsos agresivos dominan excesivamente las relaciones del niño con la madre, la identificación proyectiva aumenta proporcionalmente, controla totalmente dichas relaciones y adquiere una tonalidad delirante. En estos casos, el niño, en su fantasía, impulsado por la envidia y el mecanismo de omnipotencia, penetra en el cuerpo de la madre y se siente confundido con ella. Este proceso es uno de los más importantes en la génesis de la esquizofrenia.

El caso del cual expondré algunos aspectos como ilustración de lo hasta aquí dicho se trata de una enferma joven, soltera, diagnosticada de esquizofrenia fronteriza(1). La sintomatología se inició hace algunos años, de forma tórpida y progresiva, con disminución acusada del rendimiento, comportamiento extravagante, pérdida de interés por cualquier actividad, retraimiento, clinofilia, ambivalencia intensa, odios familiares, sentimientos de despersonalización e ideas paranoides y autorreferenciales. Trabajaba en una empresa familiar, de una forma irregular y sin ninguna continuidad. Durante los meses que precedieron al tratamiento la actividad laboral fue decreciendo paulatinamente, hasta el punto de que en el inicio de aquél sólo acudía al trabajo de una forma esporádica.

Durante el análisis de esta enferma se produce una constante identificación proyectiva masiva, de forma que por un lado se siente como si estuviera dentro de mi, experimentando entonces, por un lado, sentimientos de estar atrapada y encerrada, mientras que por otro me controla al poner partes de su self en mi mente. Al mismo tiempo, dado que estas partes de su self controladoras, envidiosas y destructivas están en mi interior, teme haber destruido mis capacidades de comprensión y creación, y haberme convertido en agresivo y perseguidor, con lo cual ella ya no podrá incorporar nada bueno que le ayude y le permita superar su estado.

Como no se trata aquí de plantear cuestiones de técnica analítica, en la exposición que seguirá a continuación me limitaré a resumir el material aportado por la enferma en algunas sesiones, junto con un comentario acerca del significado del mismo, dejando de lado mis propias interpretaciones.

En la primera sesión después de unas vacaciones de navidad, comienza preguntando insistentemente si he hablado con el médico de la familia, irritándose al no responder yo directamente a su pregunta. Me oye toser y expresa su temor a estar intoxicándose con el humo de los pitillos que fuma. Sigue diciendo que el atenderla me fatiga demasiado y debería tomarme más descanso. Explica que durante los primeros días de estas vacaciones me vió casualmente por la calle, hablando con un grupo de personas, y se sintió muy enojada al ver que yo dialogaba con los otros con cara de divertido mientras ella se encontraba sola. Estos días ha tomado muchos tranquilizantes.

(1) Sinomía: esquizofrenia pseudo-neurótica, ambulatoria, «borderline», etc.

Ahora recuerda un sueño que ha tenido durante las vacaciones. «Entra en una tienda de comestibles. El dependiente no está. Coje caramelos y una cosa blanda y suave, como gasas o algodón. Luego, cuando alguien se acerca a preguntarle que desea dice que ya lo tiene todo y se marcha».

En la sesión del día siguiente llega con cinco minutos de retraso. Se excusa, pide si le puedo ofrecer sesión el próximo sábado, porque después de las vacaciones quedan muchas cosas por decir. Ella, dice, quería tener sesiones los seis días laborables de la semana, y de hora y media de duración cada una, en lugar de las cinco sesiones semanales. Habla de un amigo suyo, que le atrae mucho, y con el cual se ve de vez en cuando, y expresa su opinión de que la relación con este amigo es una especie de tratamiento paralelo que se administra ella misma. Después de una interpretación mía se siente irritada, diciendo que yo siempre tengo «cara de una excesiva seguridad y confianza» en mi mismo. Explica que sus padres salieron ayer noche, mientras ella quedaba sola, pensando rabiosamente que nadie se ocupaba de ella. Cuando volvieron, le pareció que el padre «hacía cara de pascuas», lo cual aumentó su enojo, hasta el punto que marchó a su habitación dando un fuerte golpe al cerrar la puerta tras de sí. Termina la sesión comentando, durante un buen rato, que tiene cosas que explicarme acerca de sus relaciones con el amigo antes citado, pero que no sabe si contármelas o no, que ya lo decidirá en otro momento, a pesar de que cree que yo lo estoy esperando.

Comentario. La pregunta de si yo he hablado con el médico de la familia, así como su insistencia en que yo responda a esta pregunta, se vincula con la fantasía de que dicho médico y yo somos la pareja de padres que durante las vacaciones dejan solos a los niños, siendo las vacaciones el equivalente y símbolo de la noche y de la vida propia e íntima de los padres. Ella quiere saber que es lo que hace la pareja de padres cuando ella no está, y de ahí su insistencia en la pregunta. La interrogación sobre si he estado hablando de ella durante las vacaciones expresa también el temor, y a la vez el deseo, de que yo, controlado por los aspectos de si misma que ha introducido en mi interior, no pueda nunca dejar de pensar en ella. Por esto, al oírme toser, teme haberme intoxicado con estos aspectos controladores y destructivos de su self, y necesita aconsejarme que haga más vacaciones y descanse más, para librarme de los sentimientos de culpa por la invasión de que me hace víctima. La tienda de comestibles que aparece en el sueño representa el analista-pecho que alimenta y da cosas buenas y dulces. Al entrar secretamente dentro del analista representado por la tienda de comestibles puede apoderarse de todo lo bueno que posee el pecho, los caramelos, sin necesidad de esperar que sea yo quien se lo de, y sin necesidad de sentirse dependiente de mi; por esto dice que no está el dependiente en la tienda. De esta forma cree negar el reconocimiento de los

límites y separación entre ella y yo, así como la necesidad de recibir de mí, lo cual le produce una intolerable envidia. El hecho de apoderarse también de algo suave como gasas o algodones se refiere a su exigencia de ser tratada con algodones, es decir, que no le haga reconocer estos sentimientos de envidia, dependencia, celos, etc., que la atormentan y que ella intenta eliminar a través de la realización de deseos del sueño. Es cierto que expresa su deseo de recibir más de mí, venir el sábado y tener más sesiones de larga duración, pero también lo es que lo que ha predominado en estos momentos ha sido el afán de introducirse en mí. Seis sesiones de hora y media significan estar siempre en mi interior, absorbiéndome y —los sábados también— no dejándome un momento ni de día ni de noche. El pensamiento de que yo estoy esperando que me explique cosas acerca de las relaciones con su amigo, cosas que ella se calla y ya decidirá si me las dice o no, refleja su fantasía de invertir la situación y convertirme a mí en la niña necesitada de que se le de algo que ella, transformada en el analista, tiene y puede darme o no. El enojo por el hecho de que los padres salieran anteanoche revela, de nuevo, el deseo infantil de saber que es lo que hacen los padres cuando están solos. En el contexto de la relación transferencial, esto se refiere a las fantasías acerca de mi vida privada y de mis relaciones, como analista-madre, con mi pareja-padre durante las vacaciones. El quejarse por mi expresión de confianza y seguridad y por la «cara de pascuas» del padre, pone de manifiesto su contrariedad porque yo conservo la tranquilidad en lugar de estar consumido por las partes envidiosas y celosas de su self que ha proyectado en mi interior.

* * *

Otro ejemplo de la identificación proyectiva masiva, que da como resultado el sentimiento de confusión conmigo y la ansiedad claustrofóbica de haber quedado atrapada dentro de mí, lo tenemos en el siguiente fragmento de sesión:

La enferma habla, durante largo rato, de una forma fría y descriptiva, como si estuviera refiriéndose a hechos o situaciones ajenos a ella, con el mismo tono doctoral y sentencioso que podría emplear para desarrollar una explicación científica. Dice que se da cuenta de que yo me esfuerzo mucho, que tengo una gran paciencia y que este trabajo dará fruto algún día, obteniéndose, por fin, su curación. De todas maneras, considera seriamente que ya ha mejorado mucho comparativamente a su estado al iniciar el tratamiento. Esta mejoría se ha logrado gracias a la gran comprensión y sensibilidad que yo he tenido para con ella. Sobre todo, le satisface mucho mi actitud siempre imperturbable, haga ella lo que haga, diga lo que diga. Al principio, pensaba que yo me asustaría

por su comportamiento y me dejaría manejar, o bien le daría órdenes y le diría lo que ella tiene que hacer. Pero le complace que yo me mantenga imperturbable, de manera que ni le doy órdenes ni me muestro asustado. También comprueba, con satisfacción, que a mí no se me escapa nunca nada. Recuerda que ayer fue al cine. En la butaca del lado estaba sentado un hombre. Ella se sentaba como me siento yo, y por esto pensaba que ya se había convertido en una psicoanalista, y que el hombre que estaba a su lado también estaba pensando lo mismo. A continuación dice si no me he fijado que ha llegado justo a la hora, tal vez algunos segundos tarde, y que esto es lo que hace ahora todos los días. Después de unos momentos de silencio dice que ha de realizar un gran esfuerzo para continuar, porque la sesión se le hace larga y difícil.

Comentario. La fantasía inconsciente que está expresando la enferma es que ella es este psicoanalista imperturbable, dueño de sí mismo, admirado, etc. Por este motivo se siente muy satisfecha al atribuirme tantas cualidades, y por esto también al enunciar su mejoría emplea un tono técnico y profesional, como si estuviera hablando de un enfermo cualquiera con otro psicoanalista como ella. En estas asociaciones podemos ver claramente como, en su fantasía, se ha introducido dentro de mí, con el resultado de quedar atrapada y no poder sino moverse o sentarse como lo hago yo, y de no conseguir dejar de pensar que ella es el psicoanalista. Intenta escapar a esta situación proyectando estos pensamientos en el hombre que se sienta a su lado en el cine.

La referencia a la puntualidad sigue la misma línea de asociaciones expuesta en el párrafo anterior. Ella llega exactamente puntual, ni un segundo antes, de la misma forma que yo la hago pasar a mi despacho a la hora en punto. Ella no tiene que aguardar, porque no es la enferma sino el psicoanalista. Si acaso, soy yo quien debe aguardar unos segundos, a fin de que la sesión comience al llegar ella. Los segundos de retraso tienen el doble significado de invertir la situación, de forma que soy yo quien la esté esperando y ella quien marca el momento de iniciar la sesión, y de subrayar que ella es el psicoanalista, tan atareada en cuidar a los enfermos, que forzosamente ha de retrasarse algún momento. Los minutos de silencio que siguen a estas asociaciones son la consecuencia de la identificación proyectiva masiva que se ha producido. Al sentirse tan confundida conmigo ya no puede continuar asociando como enferma. El esfuerzo que le exige estar metida en mí, representando el papel de psicoanalista «imperturbable, a quien no se le escapa nada», etc., la hace sentirse tan fatigada que la sesión se le hace demasiado larga y difícil. ■