



TRABAJO FINAL DE GRADO

Una mirada psicoanalítica sobre la psicosis

Estudiante: Patricia Bertolini Rodriguez

C.I: 4.954.206-7

Tutora: Prof. Adj. Mag. Geraldina Pezzani Di Falco

Revisor: Prof. Adj. Dr. Jorge Bafico

Montevideo, abril 2022

Índice

Resumen.....	2
1.Introducción.....	3
2. Recorrido histórico sobre la elaboración de la noción de enfermedad mental.....	4
3. El término psicosis.....	9
4. Los aportes de Sigmund Freud a la psicosis.....	10
4.1. Algunas consideraciones sobre la teoría freudiana.....	10
4.2. Las psiconeurosis de defensas.....	12
4.3. El caso Schreber desde la mirada de Freud.....	15
4.4. Introducción del narcisismo en la teoría psicoanalítica.....	18
4.5. La concepción de las psicosis después de la segunda tópica.....	21
5. Después de Freud: los aportes de la escuela inglesa a las psicosis.....	23
5.1. Los aportes de Melanie Klein a las psicosis.....	24
5.2. Los aportes de Wilfred Bion a las psicosis.....	27
5.3. Los aportes de Donald Winnicott a las psicosis.....	29
6. Reflexiones finales.....	30
Referencias bibliográficas.....	32

Resumen

Desde sus inicios el psicoanálisis ha intentado arrojar luz sobre las causas y tratamientos posibles de las enfermedades mentales. Su elaboración respecto a la psicosis estuvo directamente relacionada con los diferentes momentos de su desarrollo. A través de la selección de cuatro autores pioneros del psicoanálisis: Sigmund Freud, Melanie Klein, Wilfred Bion y Donald Winnicott, este Trabajo Final de Grado pretende realizar un recorrido sobre los aportes realizados por dichos autores sobre la psicosis.

En un principio, Sigmund Freud parte de la idea de que tanto psicosis como neurosis eran producto de un modo patológico de defensa. Posteriormente, después del análisis del caso de Schreber, introducirá el concepto de narcisismo, que generará un cambio importante en su teoría. En ese momento diferencia entre neurosis de transferencia y neurosis narcisistas, ubicando a la psicosis dentro de estas últimas. Al final de su obra Freud, establece que la psicosis es el resultado de un conflicto entre el yo y el mundo exterior, aportando así una mirada en consonancia con su segunda tópica. Por otra parte, la escuela inglesa a través de sus autores más influyentes: Melanie Klein, Wilfred Bion y Donald Winnicott desarrollan sus propias hipótesis sobre la génesis de las psicosis. Además, sentarán las bases para el tratamiento psicoanalítico de las mismas, diferenciándose así de Freud, quien sostuvo la imposibilidad del tratamiento debido a la dificultad de los pacientes para establecer la transferencia con el analista.

Palabras claves: psicosis, psicoanálisis, Freud, Klein, Bion, Winnicott.

1. Introducción

La psicosis es una de las enfermedades mentales más graves y limitantes para el ser humano. Los síntomas más característicos son las alucinaciones, los delirios y la pérdida de contacto con la realidad. Desde la antigua Grecia hasta nuestros días, el ser humano ha estado interesado por la búsqueda de respuestas frente a los padecimientos mentales. La filosofía, la medicina y la psicología se han dedicado a identificar las causas, propiciar un tratamiento y elaborar una clasificación según la sintomatología de cada cuadro.

La psiquiatría y otras ramas de la medicina se han centrado en la clasificación y localización del origen orgánico de dichos padecimientos. Pero a fines del XIX, Sigmund Freud junto a Joseph Breuer, iniciaron el desarrollo de la teoría psicoanalítica que aportó una nueva perspectiva completamente innovadora para el abordaje de las enfermedades mentales para esa época. Freud en la decimosexta conferencia “Psicoanálisis y psiquiatría” de 1917, plantea que el psicoanálisis es capaz de propiciar una comprensión más directa frente a casos de difícil acceso, en los cuales la psiquiatría se encuentra totalmente limitada.

Tomando en cuenta lo anteriormente planteado, este trabajo tiene como objetivo aproximarnos a la perspectiva psicoanalítica de la psicosis, desde los aportes de Freud y autores post-freudianos como Klein, Bion y Winnicott. Estos últimos son considerados como los máximos representantes de la escuela británica de Psicoanálisis.

Para la elaboración de este trabajo, se partió de algunas preguntas disparadoras que se intentarán responder a largo del mismo. Algunas de las interrogantes fueron: ¿Cuáles son las concepciones del psicoanálisis sobre la psicosis? ¿Qué aportes realizó Freud al conocimiento de esta forma de funcionamiento mental? ¿Qué postura mantiene Freud respecto al tratamiento? ¿Cuáles fueron los aportes más significativos de la escuela inglesa sobre las psicosis? ¿Qué postura sostuvieron con respecto al tratamiento?

En primer lugar, se realizará un breve recorrido histórico sobre la elaboración de la idea de enfermedad mental, nombrando los tres paradigmas de la psiquiatría que propone Lantéri-Laura. Asimismo, se hará un corto recorrido por el uso del término psicosis, desde el inicio de su empleo hasta nuestros días.

En la segunda parte, se seleccionan una serie de textos significativos para la temática elegida de la vasta obra desarrollada por Sigmund Freud. Se extraen las ideas y conceptos más importantes, iniciando por los primeros ensayos y artículos donde elaboró sus primeras hipótesis sobre la psicosis, hasta llegar a los últimos trabajos de su teoría.

También se hará referencia al caso Schreber, uno de los casos más paradigmáticos del psicoanálisis y que llevó a Freud al replanteo de su teoría respecto a la psicosis. Dicho caso, dio el puntapié inicial para introducir el concepto de narcisismo dentro de su teoría de la libido. Por otra parte, también se hace referencia a la postura que Freud mantuvo con respecto al tratamiento psicoanalítico de este tipo de pacientes.

Del mismo modo, aunque menos extenso, se señalan los aportes más importantes para las psicosis, por parte de los representantes más influyentes de la escuela inglesa de psicoanálisis como Melanie Klein, Wilfred Bion y Donald Winnicott. Se hace énfasis en la postura que estos psicoanalistas tomaron respecto al tratamiento de las psicosis.

Para finalizar esta introducción, cabe agregar que este trabajo no pretende dar una idea acabada y completa sobre la psicosis, sino hacer un recorte sobre la misma desde la mirada psicoanalítica de los autores antes mencionados. Se fundamenta en la relevancia de las contribuciones de autores que son pilares constitutivos de las perspectivas psicoanalíticas más actuales.

2. Recorrido histórico sobre la elaboración de la noción de enfermedad mental

Desde la antigua Grecia hasta la actualidad se ha intentado dar una categorización y denominación a las patologías mentales. Cabe destacar que el abordaje, descripción, clasificación y tratamiento de las patologías en el campo de la salud mental ha ido cambiando durante el desarrollo de la psiquiatría y psicología.

En el siglo IV a. C., Hipócrates ya había distinguido entre melancolía y manía. Dicha clasificación se mantuvo hasta 1583, cuando el médico y escritor inglés Philip Barrough introduce una tercera categoría: la demencia (del Barrio, 2009). En el siglo XVIII, Car Linnaeus, un experto biólogo sueco, pulió la clasificación creando grupos de enfermedades: “Ideales (Delirio, Amentia, Manía, Melancolía y Vesania), Imaginarias (Hipocondría, Fobia, Sonambulismo y Vértigo) y Padecimientos (Bulimia, Polidipsia, Satiriasis y Erotomanía)” (del Barrio, 2009, p.82).

Lantéri-Laura propone tres paradigmas en la historia de la psiquiatría: el paradigma de la alienación mental, el de las enfermedades mentales y el de las grandes estructuras psicopatológicas.

El paradigma de la *alienación mental* tiene sus inicios en 1793 cuando Philippe Pinel ingresa a trabajar en el Hospicio de Bicêtre y finaliza en 1854. En este periodo, la locura se inscribe como patología mental en el campo de la medicina. De esta forma, se separa a la locura de otras patologías catalogadas como anormales y de las enfermedades que no cumplen con un padecimiento psíquico. Pinel fue quien consideró a los alienados como enfermos que requerían asistencia, y los diferenció de los indigentes y delincuentes. El término alienación mental acotaba a una patología propiamente médica y al mismo tiempo la diferenciaba de las otras enfermedades tratadas por la medicina de la época. En este paradigma se le dio importancia al síntoma, que era construido por el relato del enfermo (Zanassi, Agrazar y De Battista, 2018).

Philippe Pinel y Jean-Étienne Dominique Esquirol utilizaron como metodología al examen clínico para ampliar y matizar la clasificación que hasta el momento había. Para el caso de la manía distinguieron dos clases, con y sin delirio, conservaron la melancolía y demencia y agregaron la idiocia (o imbecilidad). Es importante aclarar que estas patologías descritas por Pinel y Esquirol no tienen correlación con las descritas hoy en día. La clínica de Pinel fue una clínica sincrónica y sindrómica, observaba los síntomas de la patología mental haciendo un corte en el tiempo (Zanassi, Agrazar y De Battista, 2018). Esta clínica no tenía en cuenta la evolución de la enfermedad ya que le interesaba únicamente saber si el paciente se encontraba enfermo o no. Por otro lado, Pinel no hace una semiología detallada, ya que considera que la alienación está caracterizada por un síndrome. Por eso desde este punto de vista, se preocupó por realizar una nosografía de los síntomas más notorios, que le permitieron separar los grandes grupos de alienación mental.

El segundo paradigma (1854 – 1926) que propone Lantéri-Laura fue denominado el paradigma de las *enfermedades mentales*. Este periodo se caracterizó por la búsqueda anatomopatológica de la enfermedad. Mediante las autopsias buscaban la falla orgánica o fisiológica que sustentaba la alienación mental. Este paradigma está principalmente marcado por los fundamentos teóricos-clínicos y metodológicos de dos escuelas principales: la francesa y la alemana (Agrazar, Fernández Raone y De Battista, 2018).

La escuela alemana se caracterizó por sistematizar y clasificar los conocimientos sobre las enfermedades mentales. Su impulsor fue Emil Kraepelin quien sentó las bases para la nosografía psiquiátrica moderna. Este autor se dedicó a establecer enfermedades mentales independientes unas de otras (Agrazar, Fernández Raone y De Battista, 2018).

Kraepelin publicó, entre 1883 y 1913, ocho ediciones de su “Tratado de Psiquiatría”, el cual se centró en establecer una estructura nosográfica de las enfermedades mentales. En la sexta edición del tratado introduce tres criterios de clasificación: *el etiológico, el clínico-evolutivo y el psicopatológico descriptivo* (Agrazar, Fernández Raone y De Battista, 2018). El criterio etiológico le permitió ordenar la clasificación según las causas, distinguiendo dos: exógenas y endógenas. Por ejemplo, dentro de las enfermedades con causas endógenas ubicó a la locura maniacodepresiva y a la paranoia. Dentro de las causas exógenas colocó a las locuras infecciosas, las intoxicaciones y las locuras tiroideas. Entre medio de ambas causas ubicó a la demencia precoz.

Sin embargo, el criterio clínico evolutivo le permitió organizar las enfermedades según su evolución en el tiempo y la terminación de éstas. Dentro de este criterio, diferenció entre síntomas fundamentales y síntomas accesorios para cada enfermedad. Los síntomas fundamentales son específicos y distintivos de cada patología. Los síntomas accesorios son los fenómenos transitorios de la enfermedad, que no están presentes durante todo el curso. Por ejemplo, la demencia precoz la ubicó dentro del grupo que tiende a evolucionar a estados terminales. El criterio psicopatológico descriptivo lo utilizó con fines descriptivos en función de las capacidades mentales afectadas por la enfermedad (Agrazar, Fernández Raone y De Battista, 2018).

Por otro lado, la escuela francesa se dedicó a las descripciones clínicas de las enfermedades en detalle. El psiquiatra francés Jean-Pierre Falret en 1854, realizó la crítica al primer paradigma, y propuso considerar la evolución de la enfermedad en el tiempo. De esta forma, se pasó de una mirada sincrónica (Pinel y Esquirol) a una mirada diacrónica. Así se fue construyendo y alcanzando un consenso sobre el abordaje de la patología mental, “el de la enfermedad mental entendida como una entidad clínico-evolutiva” (Agrazar, Fernández Raone y De Battista, 2018, p. 65). Falret dio importancia a los síntomas negativos y positivos del cuadro que presentaba el paciente e insistió en no quedarse con los síntomas más evidentes.

También marcó la diferencia entre los síntomas básicos o de fondo y los síntomas de superficie. Los síntomas básicos eran los que se mantienen a lo largo del curso de la enfermedad, y solían ser fundamentales para el diagnóstico. Los síntomas de superficie eran aquellos que se distinguían con mayor facilidad, pero no determinan la enfermedad, por ejemplo, el delirio. Por lo tanto, con Falret, se impone una gran diferencia con respecto al paradigma anterior, en cual se sugería no intervenir, dejar que la enfermedad siga su

curso. Por lo contrario, en este paradigma se anima a una intervención activa por parte del médico.

Este paradigma según Lantéri-Laura entra en crisis debido a varios factores, pero uno de ellos fue las incidencias del psicoanálisis de esa época. Freud introdujo el concepto de inconsciente y las hipótesis de procesos metapsicológicos que no tenían un sustento orgánico. Sin embargo, la forma de pensar de este paradigma no desapareció por completo, sino que continuó presente en la psiquiatría.

El tercer paradigma va desde 1926 a 1977, Lantéri-Laura lo denominó como el paradigma de las estructuras psicopatológicas. Este paradigma se formó gracias al aporte de varias disciplinas teóricas que vieron la necesidad de pensar los fenómenos humanos como estructuras, donde primó la idea de que el todo es más importante que la suma de todas las partes (Fernández Raone, Kopelovich y Hoggan, 2018). En este tercer paradigma se ubica a Paul Eugen Bleuler, quien retoma el criterio psicopatológico descriptivo de Kraepelin para el estudio de las enfermedades mentales.

Bleuler combinará la perspectiva asociacionista con los aportes de Freud y de esta forma se produce una perspectiva psicodinámica muy novedosa para la época. Crea una nueva entidad nosográfica denominada esquizofrenia, de origen orgánico para el autor. Además, plantea la división de los síntomas primarios y los síntomas secundarios desde un criterio etiológico. Dentro de los síntomas primarios ubica a los síntomas físicos (fiebre, parálisis, dolor de cabeza, pérdida de peso, etc.) y síntomas primarios psíquicos como “la escisión de las asociaciones y la predisposición a las alucinaciones y los delirios, etc.” (Fernández Raone, Kopelovich y Hoggan, 2018, p. 54). Por otro lado, los síntomas secundarios son producto de la reacción de la psique frente al proceso patológico. Los síntomas secundarios son desinterés en el mundo exterior, ambivalencia afectiva, discordancia, rigidez emocional, etc. Y desde un eje diagnóstico plantea los síntomas fundamentales y los accesorios. Los síntomas fundamentales de la esquizofrenia serán los trastornos de la asociación, de la afectividad y del autismo, y los síntomas accesorios serán las alucinaciones y los delirios.

Henri Ey desarrolló un modelo integrador para la Psiquiatría que denominó órgano-dinamista, que integró las bases orgánicas y la perspectiva dinámica del psicoanálisis. Sostuvo que las enfermedades mentales no se podían limitar a la causa orgánica. Para el autor, en el cuadro clínico los síntomas fundamentales no dependerían necesariamente del proceso etiológico. Propuso que entre el proceso orgánico generador y la enfermedad mental existe un intervalo, que denominó como *hiato orgánico-clínico*, que

separa los efectos psicopatológicos (síntomas) de la causa orgánica (Fernández Raone, Kopelovich y Hoggan, 2018).

Por otro lado, Karl Jaspers, psiquiatra y filósofo alemán, fue otro referente del tercer paradigma. Jaspers fue discípulo de Kraepelin, pero se distanció de sus planteos. Fernández Raone, Kopelovich y Hoggan (2018) plantean que el autor inició una reestructuración de la psiquiatría, a partir de que marca una distinción entre psiquiatría clínica y psicopatología, considerando a esta última como una ciencia autónoma. Para Jaspers, la psiquiatría era una profesión médica destinada a la curación y tratamiento. Mientras que la psicopatología era una ciencia teórica cuyo objeto de estudio eran los procesos psíquicos reales, sus condiciones, causas y consecuencias.

En 1913 publicó *Psicopatología general*, obra de gran importancia para la psiquiatría, donde cuestiona la dependencia de lo psíquico en relación a lo orgánico en las patologías mentales. Para Jaspers no había tal dependencia, sino una relación de reciprocidad y codependencia (Fernández Raone, Kopelovich y Hoggan, 2018).

Por otra parte, Jaspers se distanció del planteo de Freud sobre el inconsciente. Elaboró la idea de *mecanismos extra-conscientes* y aclaró que no debían de ser entendidos en los mismos términos que el inconsciente freudiano. Para este autor los mecanismos extra-conscientes eran “representaciones teóricas, hipótesis que no hallan manifestación en los síntomas” (Fernández Raone, Kopelovich y Hoggan, 2018, p. 85).

En 1948, tiene sus inicios el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, conocido por sus siglas en inglés DSM. La aparición de este manual se da en un contexto del incipiente uso de psicofármacos y de los movimientos antipsiquiátricos, que iniciaron su crítica al tratamiento manicomial (Zanassi y Agrazar, 2018). Este manual fue creado por la Asociación Americana Médico - Psicológica (actualmente la Asociación Americana de Psiquiatría, la APA) y nació por la necesidad de llegar a un consenso respecto a las patologías mentales frente a una diversidad de posiciones y desacuerdos sobre los criterios de diagnóstico.

En 1952 se publicó el DSM I, que concibió a los trastornos mentales “como reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos” (Zanassi y Agrazar, 2018, p. 92). Desde entonces el manual ha sido revisado, ampliado y actualizado en varias oportunidades. En 1968 se editó el DSM II y siete años más tarde se publicó el DSM III. La tercera edición se convirtió en un manual que detalla criterios diagnósticos para

cada enfermedad. Para 1994 se editó el DSM IV, en esta nueva edición se clasificaron los trastornos según el cumplimiento de una serie de criterios característicos de cada patología. En 2013 se publicó el DSM V. En el DSM IV se desarrolla una categorización de las psicosis y se plantea que el término psicótico hace referencia “a ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico” (American Psychiatric Association, 2002, p. 333).

3. El término psicosis

A mediados del siglo XIX Feuchtersleben, médico austríaco (Laplanche y Pontalis, 2004) comenzó a hacer uso del término psicosis. Laplanche y Pontalis (2004) plantean que la introducción del término logró diferenciar las enfermedades mentales de las enfermedades corporales y las “enfermedades del alma” (como las denominaba la filosofía). Estos autores remiten a que la palabra se comienza a difundir en la literatura psiquiátrica alemana para nombrar a la locura y la alienación (Laplanche y Pontalis, 2004).

En la mitad del siglo XIX, Griesinger neurólogo y psiquiatra alemán, planteó el modelo de psicosis única e instaló la idea de incurabilidad con evolución a la demencia (Guilañá y Palenques, 1997). Por otra parte, E. Kraepelin en 1899 realiza la nosografía de las enfermedades mentales, en la cual se basan los posteriores manuales de diagnóstico y clasificación en Psiquiatría.

En lo que respecta a la psicosis, Kraepelin diferencia la demencia precoz (*dementia praecox*) de las psicosis maníaco - depresivas, indicando, que las primeras tienen una evolución terminal (Guilañá y Palenques, 1997). Según Kraepelin la demencia precoz se caracteriza por la presencia de la siguiente sintomatología: "debilitamiento afectivo, indiferencia, ausencia de iniciativa voluntaria, apatía, desorganización del pensamiento y de la psicomotricidad" (Consejo de Redacción, 1996, p. 656) entre otros síntomas es acompañada de ideas delirantes, alucinaciones y catatonía. El autor también sostiene “que toda psicosis evoluciona hacia la demencia profunda” (Guilañá y Palenques, 1997, p. 44).

Bleuler por su parte, a la demencia precoz de Kraepelin, la llama esquizofrenia y la define como:

un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, y a veces está marcado por ataques intermitentes, y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa *restitutio ad integrum*. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del

pensamiento, los sentimientos y la relación con el mundo exterior, que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular (Bleuler, 1960, como se citó en Consejo de Redacción, 1996, p.659).

A finales del XIX se plantea en oposición los términos neurosis-psicosis, por un lado, las neurosis se fueron limitando “a partir de cierto número de afecciones consideradas como enfermedades de los nervios” (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 321). Y por otro lado la palabra psicosis se utilizaba para designar a “las afecciones que pertenecen al alienista y se traducen por una sintomatología esencialmente psíquica” (Laplanche y Pontalis, 2004, p.322).

Freud en sus primeros trabajos y en la correspondencia con Fliess no marca una diferencia entre neurosis y psicosis. En el Manuscrito H plantea como psicosis la confusión alucinatoria y la paranoia, y además plantea que tanto neurosis como psicosis son resultado de las defensas psicopatológicas (Freud, 1950). Utilizará el término parafrenia para nombrar lo que para Bleuler era la esquizofrenia y para Kraepelin *dementia praecox* (Freud, 1914).

A lo largo del siglo XX diferentes autores se han encargado del estudio de las psicosis y las enfermedades mentales. La psicosis en la actualidad es un término utilizado en forma genérica, que abarca una variedad de trastornos con diversos orígenes, pero que en su sintomatología por lo general presentan ideas delirantes y alucinaciones (Ortuño y Gutiérrez-Rojas, 2011).

4. Los aportes de Sigmund Freud a la psicosis

4.1. Algunas consideraciones sobre la teoría freudiana

A lo largo de su obra, Sigmund Freud desarrolla una teoría en relación al psiquismo humano, realizando un planteo sobre su desarrollo, funcionamiento y mecanismos. Mediante el análisis de sus pacientes comienza su investigación y esfuerzo para que su técnica, el psicoanálisis esté contenida dentro del contexto científico de la época. Formula dos tópicos que serán las bases para un modo creativo e innovador de comprender el psiquismo, y desarrolla su teoría sobre la sexualidad infantil muy revolucionaria para la época.

Principalmente, Freud se centró en el estudio de la neurosis, poniendo énfasis en su tratamiento y mecanismos. Si bien Freud no trabaja directamente con la psicosis, en el desarrollo de su teoría está presente y plantea que el tratamiento de esta no es posible.

Freud inicia sus primeros estudios sobre la histeria junto a Josef Breuer, a quien conoció mientras era ayudante del profesor E. Brücke en el Instituto de Fisiología de Viena. Posteriormente entre 1883 a 1886, Freud ingresa en el departamento de Psiquiatría del Hospital General de Viena dirigido por Theodor Meynert. Estuvo en el departamento de investigaciones de dicho hospital y conoció al doctor Flechsig (el psiquiatra de Schreber) quien era considerado una eminencia en la anatomía cerebral (Guilañá y Palenques, 1997). Entre octubre de 1885 a febrero de 1886, gracias a una beca asistió a las lecciones que Charcot dictaba en La Salpêtrière, y realizó la traducción de estas al alemán. Guilañá y Palenques (1997) plantea en su tesis doctoral, que Freud mantenía diferencias con Charcot en relación a la etiología de las neurosis y principalmente respecto a la histeria.

En la correspondencia que Freud mantiene con Wilhelm Fliess entre 1892 y 1899, se puede ver los primeros orígenes del psicoanálisis, así también el esfuerzo de Freud por incluirlo dentro del paradigma científico de la época. Durante este período escribió algunos trabajos como el “Manuscrito H” dedicado a la paranoia y el “Manuscrito K”, “La neuropsicosis de defensa” y “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa” en los que se puede ver su intento de esclarecer la etiología de las neurosis y psicosis. El interés giraba en relación a esclarecer la problemática del conflicto psíquico. Es importante destacar que para este momento Freud aún no había establecido una diferencia entre los conceptos de neurosis y psicosis.

Para 1895 junto a Breuer publica “Estudios sobre la histeria”, un extenso trabajo en el que exponen el método desarrollado por Breuer para el tratamiento de la histeria, conocido como *método catártico*. Este método consistía en traer mediante la hipnosis los recuerdos traumáticos olvidados. Freud posteriormente se encontrará con limitaciones de este método y lo sustituirá por la *asociación libre*.

En la década de 1900, Freud comienza a tener un intenso intercambio epistolar con un grupo de psiquiatras de Zurich, Suiza. Primero con Bleuler, quien era director del hospital psiquiátrico universitario de Burghölzli, y después se suman a la correspondencia Carl Jung y Karl Abraham. Estos investigadores aplicaron la técnica psicoanalítica para el trabajo con la psicosis.

Freud y Jung entran en debate respecto al término libido y autoerotismo (Sales, 2006). Jung tenía una concepción de libido diferente a la de Freud y planteaba que la libido era la energía psíquica en general y rechazaba el carácter sexual que Freud le daba (Laplanche y Pontalis, 2004). Para Freud la libido era concebida como la energía pulsional de la pulsión sexual (Guilañá y Palenques, 1997). Respecto al término autoerotismo, Jung

demonstró una resistencia y no comprensión del término, que lo llevó a postular el término *introversión* como equivalente de autoerotismo (Sales, 2006).

En 1911, Freud publica el extenso análisis del caso Schreber. Este trabajo lo presenta como un caso de demencia paranoides. Durante el análisis de este caso, introduce un nombre alternativo para la “esquizofrenia” que fue la “parafrenia”. El estudio de Schreber se inicia en la correspondencia con Jung y también con Abraham. Cabe resaltar que Freud inicia su análisis de Schreber desde su teoría de las psiconeurosis de defensa y su teoría de la libido (Guilañá y Palenques, 1997).

En 1914 se publica “Introducción del narcisismo” obra considerada como el aporte definitivo a la teoría de las psicosis, que articula el concepto de narcisismo y lo introduce dentro de la teoría de la libido. En este texto planteará que la vía de acceso al estudio del narcisismo es mediante las parafrenias. Para Freud la teoría de la psicosis es una forma de comprender la psicología del yo (Guilañá y Palenques, 1997).

Se publica en 1915 “Lo inconciente” texto que considera Strachey como la culminación de la serie de “Trabajos sobre la metapsicología”. Se desarrolla la idea de la existencia de procesos anímicos inconscientes, pilar de la teoría psicoanalítica. En el apartado VII de este ensayo, Freud toma a la psicosis como fenómeno mediante el cual puede construir estos desarrollos metapsicológicos (Sales, 2006). También aborda las alteraciones del lenguaje presentes en la esquizofrenia.

En 1924 se publican dos trabajos con el nombre de “Neurosis y psicosis” y “La pérdida de realidad en neurosis y psicosis”. Trabajos en que piensa la etiología de las dichas patologías desde la perspectiva de la segunda tópica (ello, yo y superyó).

4.2. Las psiconeurosis de defensa

A partir de los primeros trabajos de Freud, se puede ver su interés por el estudio de la neurosis y la psicosis, a las cuales agrupó bajo el concepto de *neuropsicosis de defensa*. En estos primeros textos trabajó la psicosis desde la paranoia y la psicosis alucinatoria. En el “Manuscrito H” que está anexo a una de las cartas que le envió a Fliess, planteó que la paranoia y la confusión alucinatoria, al igual que las neurosis son producto de “un modo patológico de defensa” (1895/1992b, p. 247).

En ese texto analizó un caso clínico de paranoia de una joven que fue paciente de Breuer y posteriormente fue derivada a Freud. La paciente era una joven soltera de 30 años que vivía con sus hermanos. Estos hermanos le alquilaban una habitación a un amigo. Un

día la joven estaba ordenando la habitación del amigo que aún permanecía en la cama, este le pide que se acerque y sin sospechar lo que iba a ocurrir, el joven le pone el pene en la mano a la paciente. El hecho no tuvo continuación y posteriormente el joven hombre partió de viaje, para no volver. Tiempo después la joven le cuenta a su hermana la escena que vivió. En los años siguientes, después de haber sufrido dicha vivencia sexual traumática, comienza a presentar delirios de “ser notada” y de persecución (Freud, 1985/1992b). El delirio consistía en que “las vecinas le tenían lástima como a una que se había quedado para vestir santos, que seguía esperando a aquel hombre” (1895/1992b, p.248). Explica Freud (1895/1992b) que pasadas unas semanas los delirios en la joven habían desaparecido, pero luego volvían. En sesión con la joven paciente, Freud aplicó la técnica de hipnosis y le preguntó sobre el hombre. Más precisamente intentó investigar si había ocurrido algún hecho vergonzoso con el joven, pero la joven dio una respuesta negativa, y posteriormente dejó de asistir a las sesiones.

A partir de la presentación del caso, Freud concluyó que la joven paciente no quería recordar, y había reprimido adrede. Para el autor la paciente se defendió de ese recuerdo penoso y desarrolló síntomas paranoicos. Pero Freud se planteó que de igual forma podría haber desarrollado una histeria o una representación obsesiva. Sin embargo, la paciente manifestó síntomas característicos de la paranoia. A partir de este caso, se preguntó qué es lo que caracteriza a la defensa paranoica, cuál es la particularidad de ésta. Al analizar el contenido de los delirios Freud consideró que estos expresaban el juicio que ella misma se hizo y que de alguna manera depositó esas ideas en los demás. Por lo tanto, un reproche reprimido retornó en forma de insinuación o crítica desde el exterior y esto resultó beneficioso para el yo, ya que mantuvo alejado ese reproche (Guilañá y Palenques, 1997).

De esta forma Freud planteó que “la paranoia tiene, por tanto, el propósito de defenderse de una representación inconciliable para el yo, proyectando al mundo exterior el sumario de la causa que la representación misma establece” (Freud, 1985/1992b, p. 249). De esta forma en la paranoia el yo se defiende proyectando hacia el exterior. Se preguntó “¿cómo se llega a ese traslado?” (1895/1992b, p. 249). Por lo tanto, para Freud en la paranoia existe un abuso del mecanismo de proyección en beneficio de la defensa, y este mecanismo no es exclusivo de este tipo de psicosis, ya que se trata de un mecanismo de naturaleza normal para el aparato psíquico humano.

Para el caso de la psicosis alucinatoria, la defensa es más exitosa cuando la persona se encuentra bajo una “confusión alucinatoria”. Al respecto Freud nos dice:

Existe una modalidad defensiva mucho más enérgica y exitosa, que consiste en que el yo desestima la representación insoportable junto con su afecto y se comporta como si la representación nunca hubiera comparecido. Solo que en el momento que se ha conseguido esto, la persona se encuentra en una psicosis que no admite otra clasificación que «confusión alucinatoria» (1894/1991, p. 59).

En “Las neuropsicosis de defensa” (1894/1991), presentó el caso de una joven con psicosis alucinatoria que estaba convencida de que el hombre que frecuenta su casa estaba enamorado de ella. Cuando la joven se dio cuenta que no estaba en lo correcto desarrolló una histeria de conversión, y conservó la idea de que el joven estaba interesado en ella. Freud relató que un día de fiesta familiar la joven esperaba a dicho hombre, pero transcurrió el día sin que el hombre asistiera a la celebración. Inmediatamente la joven entró en una confusión alucinatoria. Donde el contenido de las alucinaciones se centró en que el joven había llegado y ella escuchaba su voz. Desde ese momento y por dos meses la joven entró en una especie de sueño mediante el cual se defendió de la realidad. Freud pone el énfasis en que el contenido de esta psicosis alucinatoria conservó la representación que estuvo amenazada por la situación que hizo que la enfermedad aflorará. Sobre esto, planteó que “es lícito decir que el yo se ha defendido de la representación insoportable mediante el refugio en la psicosis” (1894/1991, p. 60).

Freud publica en 1896 un nuevo ensayo con el nombre de “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”, este texto se basa en el estudio de la etiología de la psicosis y neurosis. Por medio del análisis de un caso clínico de paranoia llega a la conclusión de que la psicosis al igual que la neurosis, es producto de un recuerdo penoso reprimido (una vivencia sexual infantil) y que los síntomas generados son determinados por el contenido de lo reprimido.

El ejemplo que planteó Freud trata de una paciente, la Señora P, que comenzó a sentir hostilidad y desconfianza hacia familiares y amigos. Además, estaba convencida que sus parientes le faltaban el respeto y la mortificaban. También se quejaba de ser observada y de que le leían el pensamiento, sentía que la seguían a todos lados y oía amenazas y reproches. Las alucinaciones de la Señora P. eran muy mortificadoras y consistían en imágenes de mujeres desnudas. La enferma manifestaba sentir vergüenza por las mujeres de sus alucinaciones y por ella misma, cada vez que alguien la veía desvestida.

Freud diagnosticó a la señora P. como un caso de psicosis de defensa. Con la aplicación de la técnica psicoanalítica y la hipótesis de que los síntomas tienen relación con

lo reprimido, Freud le pidió a su paciente que hiciera el esfuerzo para recordar hechos en los que se sintió avergonzada. La paciente recordó que entre sus siete y ocho años sentía vergüenza de que su madre, su hermana y el médico la vieran desnuda. Después trajo el recuerdo que cuando tenía seis años se desvestía antes dormir frente a su hermano sin sentir vergüenza y esos hechos se repitieron frecuentemente. De esta forma, Freud infirió que el contenido de las alucinaciones eran parte inalterada del recuerdo – reproche (desnudarse frente a su hermano) del que ahora sí se sentía avergonzada. Entonces así, se constató para Freud, que los síntomas en las psicosis son la mayoría de las veces determinados por el contenido de lo reprimido.

4.3. El caso Schreber desde la mirada de Freud

En 1911 se publica “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente”, en este texto Freud analiza el caso del Dr. Daniel Paul Schreber. Este texto es considerado como el principal aporte de Freud al conocimiento de las psicosis. | Freud analiza el caso Schreber desde su teoría de las psiconeurosis de defensa, en ese momento aún no había elaborado su teoría del narcisismo, ni sus tesis sobre el complejo de Edipo y de castración (Guilañá Palanques, 1997). El estudio sobre Schreber se divide en tres partes. La primera parte se basa en el historial médico del enfermo, en la segunda hará una interpretación y la tercera será sobre el mecanismo de la paranoia. Es importante resaltar que Freud nunca tuvo contacto con el enfermo, todo su análisis se basa en la recolección de datos del enfermo y un profundo análisis del libro de Schreber.

Schreber era un reconocido jurista alemán, hijo de un reconocido médico. Fue presidente de la Corte de Apelaciones de Dresde. En 1903, publicó un libro en el que relata la crónica de su enfermedad, bajo el nombre de “Memorias de un enfermo nervioso”. En 1893 cuando tenía 51 años se le desencadenó su psicosis más grave, coincidiendo con su nombramiento como presidente de la Corte de Apelaciones. Esta no era la primera vez que Schreber sufría un episodio psicótico. Nueve años antes había sido tratado exitosamente por el doctor Flechsig en el Hospital de Leipzig, por una hipocondría que le habían diagnosticado. Los síntomas que tenía Schreber eran síntomas hipocondríacos, hipersensibilidad, humor irritable y varios intentos de suicidio.

Su psicosis más grave se caracterizó por ideas delirantes de persecución, fantasías excéntricas, alucinaciones auditivas y peculiaridades en el lenguaje. El delirio de persecución tuvo como perseguidor al Doctor Flechsig que posteriormente sería sustituido por Dios. En este periodo de enfermedad Schreber pasó por varias instituciones

psiquiátricas, entre las que se encuentra una clínica dirigida por el Dr. Pierson en 1894. Luego fue enviado al Hospital Psiquiátrico de Sonnenstein hasta 1902, que fue dado de alta por sus requerimientos, pero sin abandonar sus creencias delirantes. En 1907 su madre fallece y su esposa enferma, a partir de ahí Schreber reingresa a Sonnenstein en un estado de demencia total y en 1911 muere.

El caso de Schreber fue considerado como una demencia paranoide. Según Freud una homosexualidad reprimida era la base que dominaba el cuadro (Alanen, 2008). El inicio de la psicosis grave se produjo con Schreber soñando que su enfermedad había regresado y con la emergencia de una fantasía de deseo femenino, “en un estado de duermevela le afloró la sensación de que era hermosísimo sin duda ser una mujer sometida al acoplamiento” (Freud, 1911/1998, p. 40). A partir de eso, Freud planteó que la recaída de la enfermedad expresaba el deseo de volver a ver al Doctor Flechsig (quien lo había curado en su primera enfermedad). Pero de alguna manera la personalidad de Schreber se opuso a ese deseo y ahí devino el delirio persecutorio. A partir del estallido de psicosis, se fue imponiendo con más fuerza esa fantasía femenina y la idea de que Flechsig quería abusar de él. Al respecto Freud plantea que:

el avance de una libido homosexual fue el ocasionamiento de esta afección; es probable que desde el comienzo su objeto fuera el médico Flechsig, y la revuelta contra la moción libidinosa produjese el conflicto del cual se engendraron los fenómenos patológicos (1911/1998, p. 41).

Destacamos que, para Freud en el delirio de persecución, a la persona que se le asigna un poder, quien lleva adelante la conspiración o manipulación, es alguien que en algún momento se amó y admiró. Para el caso Schreber, el doctor Flechsig entraría bajo dicha premisa (Freud, 1911/1998). Flechsig era admirado por Schreber y también por la esposa de Schreber, quien tuvo una fotografía del médico en la mesa por varios años, en agradecimiento de que le había devuelto a su esposo (Freud, 1911/1998).

Por otra parte, Freud planteó que lo que hace al caso Schreber tan peculiar es el cambio que sufrió el delirio. Hasta el momento Flechsig era el perseguidor, pero es sustituido por Dios, ahí sugiere Freud (1911/1998) que se produce el agravamiento del caso. Schreber acepta su transformación en mujer y la idea de que sería utilizado por Dios para repoblar el mundo. De esta forma el yo fue restituido por el delirio de grandeza (“Dios lo necesita para crear hombres nuevos”) y al mismo tiempo la fantasía de deseo femenina fue aceptada por Schreber. Para Freud (1911/1998), Flechsig y Dios eran figuras en las que Schreber proyectaba las emociones que inicialmente había experimentado por su padre.

Por otra parte, es un dato significativo que Schreber y su esposa no pudieron tener hijos, aunque los desearon, tal vez el delirio de concebir hijos con Dios subsanó esa frustración que acarrearía (Freud, 1911/1998).

El tercer apartado dentro del análisis del caso Schreber está dedicado al mecanismo de la paranoia. Freud (1911/1998) explicó que lo característico del delirio paranoico se encuentra en que para defenderse del deseo homosexual se reacciona con un delirio de persecución de la misma clase.

Según Freud (1911/1998) el psicoanálisis le hizo entender el papel de la homosexualidad en la adquisición de la paranoia. Al respecto escribió: “indagaciones recientes nos han llamado la atención sobre un estadio en la historia evolutiva de la libido, estadio por el que se atraviesa en el camino que va del autoerotismo al amor de objeto” (Freud, 1911/1998, p. 56). A ese estadio lo denominó narcisismo (en alemán *narzissmus*), y consiste en que el individuo sintetiza sus pulsiones sexuales autoeróticas para elegirse a sí mismo y a su propio cuerpo como objeto de deseo. Por lo tanto, para alcanzar un objeto de amor ajeno, primero debe elegirse así mismo (Freud, 1911/1998). Después de la elección heterosexual del objeto, el propósito homosexual no desaparece, solo que esas pulsiones son *apuntaladas* (dirigidas) hacia las pulsiones sociales como la amistad, el sentido comunitario, el compañerismo (Freud (1911/1998).

En este texto estableció a la paranoia como una entidad clínica independiente, y separada de la *dementia praecox* de Kraepelin. Desde la perspectiva de la teoría de la libido, se separan por la diversa ubicación de los puntos de fijación y el mecanismo de formación del síntoma. Para Freud la fijación se produce cuando la libido se une fuertemente a un estadio evolutivo, así produciéndose los *lugares de fijación* “a los cuales la función puede regresar en caso de que se contraiga enfermedad” (1913/1998, p. 338). Teniendo en cuenta lo anterior, Freud propuso que la fijación de la libido en la esquizofrenia es anterior a la de la paranoia, ya que se produciría una regresión al autoerotismo exteriorizado por el delirio de grandeza.

Por otra parte, Freud (1911/1998) explicó que los paranoicos no retiran su interés por completo del mundo exterior, sino que tienen una percepción alterada de éste como consecuencia de la falta de interés libidinal. Además, consideró que un paciente puede iniciar su enfermedad con síntomas paranoicos y después desarrollarse una demencia. También planteó la posibilidad de que fenómenos paranoicos y esquizofrénicos se combinan, produciendo un caso de *dementia paranoide* como el del doctor Schreber.

En el texto “La predisposición a la neurosis obsesiva. Contribución al problema de la elección de la neurosis” (1913/1998), planteó la secuencia temporal de aparición de las psiconeurosis de defensa: histeria, neurosis obsesiva, paranoia, y *dementia praecox*.

Para Freud (1913/1998) “las formas patológicas histéricas pueden observarse ya en la primera infancia” (p. 338), la neurosis obsesiva tiene sus primeros síntomas en el segundo período de la infancia (entre los seis y ocho años). Por su parte, la paranoia y *dementia praecox*, que Freud agrupó bajo el concepto parafrenia, aparecen en la pubertad y adultez. Además, se definen algunas de las características de la parafrenia, como el delirio de grandeza, el extrañamiento del mundo exterior, y la dificultad para la transferencia. Todo esto lo lleva a considerar que la fijación que predispone a las psicosis se encuentra entre el autoerotismo y el narcisismo, por lo tanto, se ubican en un estadio del desarrollo libidinal previo a la elección de objeto. Entonces las enfermedades de emergencia tardía se remontan a fijaciones e inhibiciones en etapas muy tempranas.

Por otra parte, en este artículo se vuelve a retomar el concepto narcisismo, que aparece en el análisis del caso Schreber. Aquí plantea que el análisis de las parafrenias lo llevó a introducir el concepto de narcisismo y agrega que en esta fase la elección de objeto ya se había realizado, pero el objeto que corresponde al propio yo (Freud, 1913/1998).

4.4. La introducción del narcisismo a la teoría psicoanalítica

En 1914 se publicó “Introducción del narcisismo”, trabajo cuyo objetivo fue incluir dentro de la teoría de la libido el concepto de narcisismo. Este concepto ya había aparecido en “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementía paranoides) descrito autobiográficamente” y en “La predisposición a la neurosis obsesiva”. Al principio del texto, Freud (1914/1992c) aclara que el concepto de narcisismo fue introducido en la clínica por P. Näcke en 1899, para denominar la conducta por la cual un sujeto toma a su propio cuerpo de la misma forma que tomaría a un objeto sexual, alcanzando la satisfacción plena. De esta forma, para Freud el concepto de narcisismo recibe el trato de una perversión, que ha captado toda la vida sexual del individuo. Añade que, mediante el análisis, surgió la idea de localizar al narcisismo dentro del desarrollo normal sexual del hombre. En el tratamiento de los neuróticos muchas veces aparecía una conducta narcisista que ponía barreras para la cura del enfermo. Así consideró al narcisismo no como una perversión, sino como un complemento libidinoso implícito a la pulsión de autoconservación (Freud, 1914/1992c).

Para Freud “un motivo acuciante para considerar la imagen de un narcisismo primario y normal surgió a raíz del intento de incluir bajo la premisa de la teoría de la libido el cuadro de la *dementia praecox* (Kraepelin) o esquizofrenia (Bleuler)” (1914/1992c, p. 72). Los caracteres básicos de la esquizofrenia, como el delirio de grandeza y el extrañamiento del mundo exterior, hacen a estos enfermos incurables desde el psicoanálisis (Freud, 1914/1992c). En este punto es importante recordar que para Freud debe establecerse la transferencia entre paciente y analista para que haya cura. Por lo tanto, los pacientes psicóticos para Freud eran inaccesibles a la cura debido a su imposibilidad de establecer la transferencia.

Por otra parte, plantea que el extrañamiento de la realidad no es exclusivo de la parafrenia, también en la neurosis existe cierta resignación del vínculo con la realidad. Mediante el análisis pudo discernir que de alguna forma el neurótico cancela el vínculo erótico con las personas y las cosas, sustituyendo los objetos reales por objetos imaginarios de su recuerdo. Pero en el caso de los parafrénicos, parecen haber retirado la libido de personas y cosas sin sustituirlos por otros imaginarios en un intento de curación (Freud, 1914/1992c). A partir de esta hipótesis se establece un criterio diferencial entre neurosis y psicosis.

Freud se preguntó “¿cuál es el destino de la libido sustraída de los objetos en la esquizofrenia?” (1914/1992c, p 72), encontrando la respuesta en el delirio de grandeza. Este tipo de delirio nace gracias a la libido de objeto, de esta forma la libido sustraída del mundo externo es conducida hacia el yo y así surge una conducta que podría llevar el nombre de narcisismo. El planteo de Freud (1914/1992c) es que ese delirio de grandeza (conducta narcisista) no es algo nuevo en el individuo, es algo que debió existir antes, “es la amplificación y despliegue de un estado que ya antes había existido” (p. 73). Por lo tanto, de esta manera concibe, que este nuevo narcisismo producto de la introversión de la libido de objeto será un narcisismo secundario y que se construye sobre otro narcisismo que debió existir antes, que denominará como primario. Como ya se dijo anteriormente para Freud el narcisismo es una fase del desarrollo sexual normal intermedia entre el autoerotismo y la elección del objeto de amor.

En este texto va a diferenciar dos tipos de energías psíquicas, por un lado, la libido yoica y por el otro la libido de objeto. Guilañá y Palanques (1997) denomina a esta división de la libido como *bi-libidinización*. Ambas libidos tienen una relación de reciprocidad, ya que cuanto más consume una, más se debilita la otra. Freud (1914/1992c) concluye que en el narcisismo se encontrarán ambas energías psíquicas que se desdibujan y que solo en la investidura de objeto podremos ver la diferenciación de estas. También se preguntó por la

relación entre el narcisismo y el autoerotismo. Plantea que las pulsiones autoeróticas deben de estar presentes desde el inicio y son esenciales para el desarrollo psíquico del sujeto y al mismo tiempo sientan las bases para la estructuración del narcisismo.

En este texto también introdujo un nuevo planteo nosográfico de las psiconeurosis. Según Laplanche y Pontalis (2004) Freud diferencia a las neurosis de transferencia (término introducido por Jung) de las neurosis narcisistas. Dentro del grupo de las neurosis de transferencia se ubican a las histerias de angustia, histerias de conversión, neurosis obsesiva y en el grupo de las neurosis narcisistas se encuentra la parafrenia, paranoia, y todas aquellas enfermedades en las que el paciente no pueda establecer transferencia con el analista. En las neurosis narcisistas la libido está dirigida al yo, por lo tanto, hay una resignación de la investidura de objeto, lo cual según plantea Freud lo hace inaccesible a la cura.

En 1915 se publicó el texto “Lo inconciente”, Freud plantea que el análisis de uno de los tipos de neurosis narcisista, precisamente la parafrenia (*dementia praecox* o esquizofrenia) le brindará un acercamiento al Inconsciente (Icc), una idea más clara de éste. Como ya se explicó anteriormente en la esquizofrenia, después del proceso de represión, la libido es retirada sobre el yo, no busca un nuevo objeto. De esta forma se reproduce el narcisismo secundario, haciendo a estos pacientes inaccesibles a la cura por la imposibilidad de establecer la transferencia. Por otra parte, los enfermos presentan apatía total, signos de sobreinvestidura del yo, repudio hacia el mundo, lo que hace que todas estas características coincidan con la resignación de la investidura de objeto (Freud, 1915/1992a).

Mediante la observación Freud plantea la alteración del lenguaje como una característica de la esquizofrenia y que está presente en los inicios de la enfermedad. Los discursos de los pacientes resultan incomprensibles para el analista, presentan desorganización sintáctica, tienen un cuidado particular y son por lo general rebuscados, amanerados (Freud, 1915/1992a). Respecto al contenido de estos, Freud dice que “muchas veces pasa al primer plano una referencia a órganos o inervaciones del cuerpo” (1915/1992a, p. 194).

Freud pone de ejemplo un caso de esquizofrenia tratado por Victor Tausk:

una muchacha que fue llevada a la clínica después de una querrela con su amado, se quejaba: *Los ojos no están derechos, están torcidos {verdrehen}*”. Ella misma lo aclara, exponiendo en un lenguaje ordenado una serie de reproches contra el amado. «Ella no puede entender que a él

se lo vea distinto cada vez; es un hipócrita, un *torcedor de ojos* {*Augenverdrehen*, simulador}, él le ha torcido los ojos, ahora ella tiene los ojos torcidos, esos ya no serán sus ojos, ella ve al mundo con otros ojos»...«Ella está en la iglesia, de repente le da un sacudón, *tiene que ponerse de otro modo* {*sich anders stellen*}, como si alguien la pusiera, como si fuese puesta»... «Él ha falseado su propia posición {*verstellen*}, ella es ahora como él (¡identificación!), él le *ha falseado la posición*» (1915/1992a, p. 194 – 195).

El discurso de esta paciente, le permitió poder ver el significado y génesis de la formación léxica de la esquizofrenia. Respecto a este caso en particular, manifestó estar de acuerdo con Tausk, ya que prima el lenguaje de órgano, por lo tanto, tiene este caso tiene un rasgo hipocondríaco (Freud, 1915/1992a).

Por otra parte, Freud destacó que dentro del discurso de la paciente se encuentran elementos que tiene por contenido a la invasión corporal, que dentro de la esquizofrenia aparece como una sensación. Para ejemplificar esta peculiaridad del lenguaje en la psicosis y diferenciar lo que pasaría en la neurosis, explica que, en el caso de la histeria, la enferma hubiese torcido los ojos de forma compulsiva o hubiese ejecutado el sacudón (Freud, 1915/1992a). Pero de ninguna manera hubiese tenido la sensación de éste como pasa en la esquizofrenia, ya que no estuvo presente en su pensamiento consciente y tampoco hubiera podido exteriorizarlo.

Por último, planteó que las palabras en la esquizofrenia están sometidas a un proceso psíquico primario. Al igual que en los sueños, en la esquizofrenia las palabras son condensadas y mediante el desplazamiento se traspasan de unas a otras. De esta forma, una sola palabra puede llegar a sustituir toda una serie de pensamientos (Freud, 1915/1992a).

4.5. La concepción de la psicosis después de la segunda tópica

En 1923, se publicó “El yo y el ello”, donde Freud elaboró una nueva concepción de la personalidad, conocida como la segunda tópica. Esta nueva tópica organiza al psiquismo en tres instancias, “el yo, el ello y el superyó”. La elaboración de esta tópica se debe a que la primera tópica (conciente, preconciente, inconciente) se vuelve insuficiente. A partir de acá, Freud afirma que no todo lo inconciente es reprimido, pero si todo lo reprimido es inconciente. De esta forma planteó que la cualidad de la conciencia no le era suficiente

para pensar todos los procesos psíquicos, y como consecuencia elaboró una nueva estructura de aparato psíquico.

En “Más allá del principio de placer” (1920/1992b) Freud ya había planteado algunas ideas. Comienza a ver al aparato psíquico como una vesícula, en la cual se diferencia un interior y un exterior, con la función de conciliar lo que viene de afuera con lo proveniente de adentro. Concluye en que los individuos viven en una constante conciliación entre los impulsos del interior y lo procedente del mundo exterior.

En “El yo y el ello” (1923/1992a) Freud introdujo una nueva terminología, que según planteó, le resultó más clara. De esta manera dividió al aparato psíquico en tres instancias “el yo, el ello y el superyó”. Por un lado, en el ello ubicó a las pulsiones que obligan al sujeto a hacer cosas más allá de las que tiene conciencia, y agregó que en un principio cuando el individuo nace el aparato psíquico está formado por el ello. El ello está formado por pulsiones destinadas a ser satisfechas y que logran que el individuo sobreviva. Mediante el contacto con el mundo exterior se produce una modificación y surge una nueva instancia que Freud denominó como el yo, que asumirá la representación del sujeto. El yo aparece como diferenciación del ello y tiene una función mediadora, entre lo que el ello demanda y lo que el mundo exterior exige.

Luego describe una tercera instancia que llamará superyó, que para el autor será el heredero del complejo de Edipo. Esta instancia se formará en correlación con la declinación del complejo de Edipo y por la interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales. Cumplirá la función de crítica al yo, y de alguna forma será un juez que se asegurará que el yo no se aleje de su ideal. El superyó cumple una función de observación y exige al yo cada vez más. El ideal será a lo que aspire el yo. Freud planteó que cuando ocurre un conflicto, el yo busca defenderse, de alguna forma el yo debe responder ante la exigencia del ello, el superyó y el mundo exterior. El autor propone que el conflicto del yo con el superyó, el ello o el mundo exterior será la causa de los padecimientos psíquicos.

A partir de esta nueva hipótesis del aparato psíquico, planteó el problema de la diferencia genética entre la neurosis y psicosis. En el ensayo escrito en 1923, pero publicado en 1924 bajo el nombre de “Neurosis y psicosis”, desarrolla la diferencia en la génesis de la neurosis y la psicosis. Parte de que la neurosis es producto de un conflicto entre el yo y el ello, mientras que la psicosis es el resultado de un conflicto similar, pero entre el yo y el mundo exterior. Freud (1924/1992c) pone de ejemplo la *amentia* de Meynert (para Freud una de las formas más extremas de psicosis) en la cual “el mundo exterior no es percibido de ningún modo” (1924/1992c, p. 156). Según explica Freud, en la *amentia*

también se le quita valor psíquico a el mundo interior, y el yo se crea un nuevo mundo interno y externo. De esta forma propone que este nuevo mundo es construido en base a los deseos del ello y que la ruptura con la realidad (el mundo externo) fue a causa de una frustración intolerable.

Para el caso de la esquizofrenia, también existe la pérdida de contacto con la realidad, y las formaciones delirantes se presentarán como un parche para donde se produjo una ruptura del yo con el mundo exterior (Freud, 1924/1992c).

Freud dice que “la etiología común para el estallido de una psiconeurosis o de una psicosis sigue siendo la frustración, el no cumplimiento de uno de aquellos deseos de la infancia” (1924/1992c, p. 157). Explica que el efecto patógeno de esa frustración depende de lo que haga el yo, por un lado, puede continuar siendo fiel al mundo exterior tratando de contener al ello o por el otro dejarse llevar por el ello y producir la pérdida de realidad.

En 1924 se publicó “La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis”, y Freud marcó las diferencias fundamentales en el proceso de generación de la neurosis y psicosis en relación a la pérdida de realidad en cada una de ellas. El proceso de la génesis de la psicosis estaría determinado por dos pasos, el primer paso consiste en apartar al yo del mundo externo y el segundo quiere compensar la pérdida de realidad mediante la creación de una nueva realidad. De esta forma la psicosis expresa la rebeldía del ello contra la realidad, su displacer o la incapacidad de adaptarse a la realidad. La psicosis desmiente la realidad e intenta sustituirla por una nueva mediante las alucinaciones.

5. Después de Freud: los aportes de la escuela inglesa a las psicosis

Si bien Freud estableció las bases para comprender las psicosis, se encontró con el obstáculo de que los pacientes psicóticos no eran accesibles a la terapia psicoanalítica, debido a que no podían establecer la transferencia con el analista. Estos pacientes, eran inaccesibles a la cura, ya que se caracterizaban por el retiro de la catexia del mundo exterior y su redirección sobre sí mismos. Por otra parte, los aportes de Freud fueron sustanciales para que los autores posteriores pudiesen desarrollar y teorizar nuevas alternativas y posturas para el tratamiento psicoanalítico de las psicosis. Como plantea Valentín Barenblit (2003), en cierto modo Freud “legó a las generaciones siguientes de psicoanalistas el encargo de ocuparse y profundizar en los aspectos metapsicológicos de la psicosis y en su tratamiento” (2003, p. 7).

De este modo surgen muchas vertientes psicoanalíticas que comienzan a utilizar la técnica en el tratamiento de pacientes psicóticos. El inicio de la escuela inglesa se

caracterizará por las diferentes teorías y autores, que repercutirán en el abordaje clínico de las psicosis (Freidin, 2018). La escuela inglesa tiene como sus máximos exponentes a Melanie Klein, Wilfred Bion (post-kleiniano) y a Donald Winnicott, quien pertenece a un grupo que difiere con algunas ideas de Klein.

5.1. Los aportes de Melanie Klein a las psicosis

Melanie Klein inició su trabajo de investigación en la clínica con niños y luego lo amplió hacia el análisis de adultos (Freidin, 2018). La autora es considerada como la fundadora de la escuela inglesa de psicoanálisis. Ingresó como miembro de la Sociedad Psicoanalítica Británica en 1926. Esta autora, a pesar de que comienza sus investigaciones muy apegadas a la teoría psicoanalítica freudiana, elabora una teoría original, donde algunos conceptos y términos empleados tomarán un significado diferente al de la obra de Freud. La teoría psicoanalítica kleiniana se basa en la teoría de las relaciones objetales, los mecanismos de defensa y la introducción de las posiciones esquizoparanoide y depresiva.

Klein se motivó a explorar la mente del lactante a partir de la idea de Abraham, quien creía que las raíces de las psicosis se encontraban en trastornos del desarrollo emocional temprano del niño (Jackson, 2008). Tanto Klein como Bion y Winnicott, consideraron que en el psiquismo infantil deben darse procesos muy precoces que permitan el desarrollo emocional del niño, y cuando esos procesos tempranos de alguna manera fracasan, es posible el advenimiento de las psicosis (Freidin, 2018). Los aportes de Klein a la teoría psicoanalítica fueron de amplia importancia para la comprensión de las psicosis y abrieron las puertas para un posible tratamiento psicoanalítico de ellas (Raggio, 1990).

Uno de los conceptos claves de la teoría kleiniana es el de *posición*. Klein adoptó este término con el fin de darle una perspectiva diferente a su modelo de desarrollo psíquico. La noción de posición hace referencia a un grupo de fantasías, defensas e impulsos, característicos de la ansiedad predominante del momento en la vida del lactante. La autora identificó dos tipos de posiciones y las llamó posición esquizoparanoide y posición depresiva. Dichas posiciones estarán presentes por el resto de la vida del sujeto. Eduardo Raggio (1990) plantea que la “normalidad” supondrá una relación permeable entre las posiciones antes mencionadas.

Klein describió primero la posición depresiva y luego la posición esquizoparanoide, formando la teoría de las posiciones que incluyó una particular conceptualización de las relaciones que establece el sujeto con los objetos externos e internos (Sánchez-Barranco y Vallejo, 2004).

Antes de mencionar los rasgos más importantes de ambas posiciones, es necesario describir el yo kleiniano. Para la autora al nacer hay suficiente yo como “para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones objetales en la fantasía y la realidad” (Segal, 2003, p. 29). Este yo tiene una frontera y se identifica con objetos, carece de cohesión y fluctúa entre la integración y desintegración (León Quiroz, Reyes Jeira y Soca Guarnieri, 2012). Además, presenta funciones de naturaleza primitiva, puede diferenciar entre sensaciones placenteras y displacenteras, utiliza los mecanismos de introyección y proyección y es capaz de distinguir entre un “a mí” de un “no a mí” (Hinshelwood, 1992). El yo kleiniano es un yo precoz, y en este aspecto la autora se aleja de la postura de Freud, quien consideraba que el yo se desarrolla posteriormente y no está presente desde el nacimiento.

Otro concepto clave de la teoría kleiniana, es el *instinto de muerte*. La autora plantea que este instinto produce el temor a la aniquilación, y que es causa primaria de la ansiedad persecutoria (Klein, 1952). La ansiedad persecutoria se encuentra desde el principio en la relación con los objetos. Por otra parte, plantea que en el lactante opera un quantum de instinto de muerte, y que la fuerza de dicho instinto determina la intensidad del sadismo y de la identificación proyectiva (Barenblit, 2003). En este aspecto, Klein se diferencia de Freud, para la autora la muerte va a estar ligada a la angustia de aniquilación, y no a la castración como plantea Freud (Barenblit, 2003).

La posición esquizoparanoide se encuentra presente en el lactante desde su nacimiento. Se caracteriza por la parcialidad del objeto, ya que en este momento el bebé no reconoce a la madre como objeto total. Como consecuencia de la escisión (splitting) se forman dos objetos parciales (prototipos del pecho materno), uno valorado como bueno y otro como malo. La posición esquizoparanoide se caracteriza por el mecanismo de disociación (Raggio, 1990), que funciona como defensa fundamental ante la angustia persecutoria o paranoide. También están presentes la identificación proyectiva, la negación omnipotente y la idealización. El mecanismo de idealización se caracteriza por el aumento excesivo de los rasgos positivos del objeto parcial bueno, siendo utilizado para compensar la ansiedad persecutoria. Con respecto a la negación omnipotente, esta actúa cuando es necesario contrarrestar la angustia autodestructiva y la angustia persecutoria.

En cuanto a la identificación proyectiva, Klein plantea que es un prototipo de la relación objetal agresiva (Hinshelwood, 1992). Mediante este mecanismo aspectos del yo o de un objeto interno son escindidos y atribuidos a un objeto externo. Estos aspectos proyectados pueden ser sentidos como buenos o malos. Por lo tanto, el uso excesivo de la

identificación proyectiva conlleva a distorsiones graves y a las experiencias perturbadoras de la esquizofrenia.

Por otra parte, la posición depresiva para Melanie Klein (1935) es uno de los hechos más decisivos en el desarrollo psíquico del bebé. Esta posición se establece con la pérdida del objeto amado, cuando el yo realiza la transición del objeto parcial al objeto total. En “Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos” (1935), Klein elabora el concepto de posición depresiva. En este texto plantea que cuando el yo ha introyectado al objeto como un todo y alcanza mejores relaciones con el mundo externo y con personas reales, es capaz de adquirir la capacidad de responsabilizarse por el daño que ha realizado en la fantasía (imaginación) al objeto amado y sentirse angustiado por ello (Klein, 1935). Es en este punto que Klein observó sentimientos de remordimiento y ansiedades, que forman parte de la base de muchas situaciones de ansiedad que agrupó bajo el concepto de *posición depresiva*.

Esta posición emplea en menor medida el mecanismo de proyección. Por un lado, por miedo a expulsar objetos buenos y perderlos, y por otro, debido al temor de lastimar objetos externos buenos como consecuencia de la expulsión de objetos malos de su interior (Klein, 1935). La proyección, por lo tanto, es relevada por el mecanismo de introyección. Este mecanismo es utilizado para preservar al yo y a los objetos buenos. Además, contribuye a la edificación de la personalidad, ya que mediante la introyección de objetos buenos provoca sentimientos de seguridad y estabilidad mental. También la posición depresiva se caracteriza por sentimientos de culpa, y el predominio de la defensa llamada reparación. Sánchez-Barranco y Vallejo (2004) plantean que la reparación es la defensa más positiva para que el desarrollo siga su curso normal, “es el motor de la integración de los objetos externos e internos, del self, el yo y el superyó, etc.” (p. 126).

Por lo tanto, en la posición depresiva los mecanismos de la posición esquizoparanoide ceden paulatinamente su lugar a los mecanismos neuróticos como la inhibición, represión y desplazamiento entre otros (Segal, 2003).

Al igual que Sigmund Freud, Klein sostiene que las psicosis son producto de una regresión a las etapas más arcaicas de la vida psíquica del sujeto (Freidin, 2018). El punto de fijación de la psicosis se encuentra en la posición esquizoparanoide. Por lo tanto, los pacientes psicóticos se caracterizan por la agudización de los mecanismos y ansiedades propios de dicha posición (Barenblit, 2003). Además, en este tipo de pacientes se ven seriamente afectados en el desarrollo de su yo y la capacidad para vincularse con la realidad.

Por otra parte, Klein plantea que gracias al estudio de los pacientes psicóticos y a la observación de los bebés desde su nacimiento, el psicoanálisis está capacitado para diagnosticar rasgos esquizoides en la infancia temprana y anticipar futuras dificultades (Segal, 2003).

Con respecto al tratamiento de las psicosis, Melanie Klein y sus discípulos consideran posible el abordaje desde el psicoanálisis, poniendo el énfasis en la interpretación. En este punto la autora inglesa se diferencia de la postura freudiana, ya que hace énfasis en la comprensión analítica de la *transferencia negativa*, a la que considera posible de elaborar siempre que la misma sea reconocida y comprendida por el analista. La autora plantea que en la psicosis la identificación del objeto con partes odiadas del yo aumenta el odio dirigido hacia otros objetos, y esto es de suma importancia para la comprensión analítica de la *transferencia negativa* en la esquizofrenia (Rosenfeld, 1954). Rosenfeld (1954) siguiendo a Klein, plantea que esta proyección de partes del yo intensifica la disociación excesiva y contribuyen a un mayor debilitamiento del yo característicos de los cuadros de psicosis.

5.2. Los aportes de Wilfred Bion a las psicosis

Wilfred Bion fue un médico y psicoanalista inglés, miembro de la Escuela Británica de Psicoanálisis, se ajustó a la teoría kleiniana profundizando en los aspectos de la personalidad psicótica y brindando aportes innovadores. Fabiana Freidin (2018) plantea que Bion adhiere a los conceptos kleinianos de posiciones, envidia primaria, instinto de vida y de muerte, y a su vez toma de Freud el problema de la pérdida de realidad en las psicosis.

El autor sigue la postura de Melanie Klein con respecto a las posiciones esquizoparanoide y depresiva, insistiendo en la presencia de ambas en forma oscilante. Hace hincapié en que es deseable que primen aspectos de la posición depresiva, ya que permiten una mayor discriminación, aceptación de la pérdida y simbolización (Freidin, 2018).

Bion introduce la función de *reverie* (ensueño) con el fin de poder explicar la función del otro materno (Freidin, 2018). Esta función transforma los elementos *beta* (la sensorialidad ligada al instinto de muerte) que el bebé proyecta en la madre en elementos *alfa*, que son experiencias emocionales que forman la base del pensamiento y el aprendizaje (Freidin, 2018). Los elementos *alfa* le permiten al bebé poder distinguir entre lo

consciente e inconsciente. En caso de que la madre no devuelva elementos *alfa*, los *beta* regresan con extrema violencia obstaculizando el proceso de simbolización.

Por otra parte, Bion plantea las dos modalidades de funcionamiento mental. El autor diferenció entre personalidad psicótica y no psicótica, y aclaró que ambas pueden encontrarse en cualquier ser humano (Barenblit, 2003). Para este autor el predominio de una u otra personalidad determinará una mayor o menor gravedad en la enfermedad psíquica, y resalta que existe una coexistencia de ambas variando de sujeto en sujeto.

Según Valentín Barenblit (2003) la personalidad psicótica es descrita por Bion como un modo de funcionamiento psíquico con manifestaciones en el pensamiento, el lenguaje, y en las relaciones con los objetos y realidad exterior. Los aspectos más importantes de la personalidad psicótica son la identificación proyectiva patológica, la intolerancia a la frustración, los ataques al vínculo, la prevalencia de impulsos destructivos y la intensificación del sentimiento de odio (Barenblit, 2003). El funcionamiento de todos estos rasgos característicos de dicha personalidad, arman el mundo alucinatorio y delirante de la psicosis. Por otra parte, los objetos construidos por la parte psicótica de la personalidad devienen fuente de ansiedades persecutorias, que constituyen una amenaza para el paciente.

Otro aporte innovador de este autor, son las diferencias que marcó entre la identificación proyectiva normal y la identificación proyectiva patológica predominante en la personalidad psicótica. Para Bion “la identificación proyectiva (normal) sirve a los efectos de la comunicación y tiende a expulsar las vivencias dolorosas y angustiantes que no se toleran” (Barenblit, 2003, p. 14). Mientras que la identificación proyectiva patológica funciona como mutilación del yo, de los objetos y de las relaciones con los mismos. Este tipo de identificación proyectiva expulsa pequeños fragmentos del *self* que se depositan en los objetos, formando lo que Bion denominó como *objetos bizarros* (Barenblit, 2003).

Otra característica de la personalidad psicótica es el establecimiento de transferencias muy intensas pero inestables. Para Bion, este tipo de transferencia muchas veces puede generar el abandono del tratamiento (Barenblit, 2003).

Fabiana Freidin (2018), plantea que para Bion “el analista lleva a cabo la función *alfa*, nombra aquello que aterra a los pacientes cuya simbolización se encuentra seriamente afectada” (p.120). El analista cumplirá la función de *reverie*, intentando reparar la función simbólica destruida. Las interpretaciones que realice remitirán a defensas, ansiedades y fantasías desplegadas en la transferencia (Freidin, 2018).

Por otra parte, Barenblit señala los fenómenos clínicos que Bion describió y que están muy presentes en estos pacientes psicóticos. Por un lado, describe el fenómeno de la *reversión de la perspectiva*. Dicho fenómeno consiste en una compleja resistencia, mediante la cual el paciente se aferra a una única forma de ver las cosas, impidiendo que pueda aceptar las diferentes perspectivas que le brinda el analista. Esta resistencia es tan intensa que le permite al paciente evitar el sufrimiento psíquico y la ansiedad depresiva. El otro fenómeno se denomina *transformación en alucinosis* “es un mecanismo intrincado cuya resultante es la organización de *visiones* a partir de ciertas emociones primitivas que experimenta el sujeto” (Barenblit, 2003, p. 14).

5.3. Los aportes de Donald Winnicott a las psicosis

Donald Winnicott fue un pediatra y psicoanalista inglés, que realizó aportes muy significativos para la comprensión del desarrollo mental infantil. Fue miembro de la escuela británica de psicoanálisis, pero discrepó con los planteos de Melanie Klein y de su discípulo Wilfred Bion. Fundamentalmente la discrepancia se centró en que el autor le dio más importancia al papel que cumplía el ambiente, situando a las funciones parentales como esenciales para el desarrollo emocional de los infantes. Mientras que Klein hacía énfasis en el instinto de muerte y en la idea de destrucción.

Según el autor, el bebé nace indefenso y percibe de forma desintegrada todos los estímulos. No puede reconocer porqué siente algo diferente, no es capaz de distinguir si tiene hambre o si necesita que le cambien el pañal, solo se comunica mediante el llanto. Para Winnicott (1999), la madre se encuentra en un estado especial que denominó *preocupación maternal primaria*, que le permite identificarse con las necesidades del niño y reconocer el tipo de llanto que utiliza su hijo según lo que este necesite.

Winnicott le otorga un significativo valor a las capacidades que posee la madre, para proporcionarle al lactante los cuidados necesarios para su desarrollo emocional (Barenblit, 2003). A partir de esta idea, Winnicott introduce el concepto de *holding* (sostén), para explicar el proceso por el cual la madre dota al bebé, de las herramientas psíquicas necesarias para poder tolerar los estímulos externos e internos (Barenblit, 2003). Mediante el *holding*, la madre transmite al niño sensaciones de protección y cuidado, ayudándolo a integrar y dar significado a los estímulos que experimenta. De esta forma, el bebé va adquiriendo un *yo sano*, que le permite tolerar las situaciones que experimenta. En el *holding*, la madre sirve al bebé como un *yo auxiliar*, que le permitirá crear una continuidad existencial y eliminar la sensación de desintegración.

Winnicott plantea al fracaso ambiental como causa de las psicosis. Las repetidas fallas del ambiente para adaptarse a las necesidades del bebé originarán manifestaciones características de las psicosis (Oliveira Dias, 2007). Winnicott describe que algunas de estas manifestaciones son la fragmentación, la pérdida de la capacidad de relacionarse con los objetos y pérdida del sentido de lo real (Freidin, 2018).

Con respecto al tratamiento, el autor dirá que estos pacientes demandan mucho del analista, ya que este último debe de cumplir la función de sostén que fallo, de ser el yo auxiliar del paciente. También indica Freidin (2018), que el autor recomienda tomar pocos pacientes con psicosis ya que no sería posible para el analista llevar tantos tratamientos de un modo apropiado. Carlos Nemirovski (1999) señala que, desde la concepción de Winnicott, el desarrollo del tratamiento adecuado hará posible la puesta en escena de las necesidades insatisfechas en la etapa más temprana de la vida del bebé.

6. Reflexiones finales

El presente Trabajo Final de Grado es una aproximación a la conceptualización de la psicosis desde algunos autores psicoanalíticos. Teniendo en cuenta la complejidad de la temática, no aspira a dar una idea acabada, simplemente es un recorte de lo que puede aportar esta disciplina.

A través de la lectura de diferentes materiales se realizó una selección de determinados autores: Freud, Klein, Bion y Winnicott. Dicha selección se fundamenta en la importancia de los primeros aportes de la teoría psicoanalítica en sus intentos por comprender y aliviar los padecimientos mentales, brindando un enfoque alternativo y novedoso frente a la mirada médico-psiquiátrica de su época.

Freud elaboró sus hipótesis sobre las psicosis durante la teorización y desarrollo de su técnica psicoanalítica. Todos sus planteos están directamente ligados a su trabajo clínico. En sus primeros ensayos se observa que el autor no postula una diferencia clara entre neurosis y psicosis, sino que las agrupa bajo el término de neuropsicosis de defensa. En este grupo ubica a la histeria, neurosis obsesiva, la paranoia y la confusión alucinatoria. Además, las considera como producto de un modo patológico de defensa, haciendo énfasis en el mecanismo de proyección como característico de la paranoia.

Luego de la lectura y análisis del caso de Schreber, Freud introdujo el narcisismo en su teoría psicoanalítica. El concepto de narcisismo lo ayudó a explicar el delirio de grandeza presente en la mayoría de los cuadros de esquizofrenia o demencia precoz. Argumentó que las personas que presentaban cuadros psicóticos no podían acceder a la cura

psicoanalítica, como consecuencia de su incapacidad para establecer transferencia con el analista. Dicha imposibilidad se daba producto de que, en la psicosis, el paciente retira la libido del mundo exterior y de los objetos, dirigiéndolas sobre sí mismo. También se instauró la idea de que en las psicosis la regresión era a las etapas más primitivas de la vida psíquica de los sujetos. Después de la elaboración de la segunda tópica donde introduce las tres instancias del aparato psíquico: el yo, el ello y el superyó, Freud se hace un replanteo sobre la génesis de la psicosis y neurosis. Postulando que la neurosis es consecuencia de un conflicto entre el yo y el ello, mientras que las psicosis son un conflicto entre el yo y la realidad externa.

A partir de lo desarrollado por Freud, en Inglaterra con Melanie Klein, Wilfred Bion y Donald Winnicott, se abre una veta para el tratamiento psicoanalítico de las psicosis. Melanie Klein, a pesar de iniciar sus investigaciones muy apegada a la teoría freudiana, poco a poco se fue separando, creando su propio edificio teórico. Introdujo el concepto de posición (esquizoparanoide y depresiva) y desarrolló su teoría de las relaciones objetales. Estableció que en la psicosis existe una agudización de los mecanismos característicos de la posición esquizoparanoide, como el exceso de identificación proyectiva y la escisión, provocando un debilitamiento en el yo y vivencias de extrañeza. De esta forma, planteó que las psicosis tienen su origen en los primeros meses de vida del bebé.

Por su parte Wilfred Bion, discípulo de Klein, diferenció entre personalidad psicótica y la no psicótica (neurótica) y consideró que el trastorno psicótico tiene su origen en la interacción entre la personalidad y el mundo externo. Además, planteó que la personalidad psicótica se caracteriza por intolerancia a la frustración, excesivo uso de la identificación proyectiva y la capacidad para establecer transferencias intensas y poco estables.

Por último, Donald Winnicott realizó su aporte a las psicosis, planteando que estas eran producto de un fallo ambiental. El trabajo de este autor se centró en la importancia del ambiente para el desarrollo sano del sujeto. Introdujo la hipótesis de un Yo auxiliar que debe proporcionar la madre. El fracaso de la madre en proveer el yo auxiliar facilitaría la emergencia de la psicosis. A su vez, advirtió que la terapia con este tipo de pacientes es muy demandante y que el analista debe de cumplir la función de sostén.

Para finalizar, como se mencionó antes este trabajo es un esbozo de algunas de las ideas y teorías más influyentes sobre las psicosis desde la perspectiva psicoanalítica. Haciendo hincapié en los primeros autores del psicoanálisis que sentaron las bases para los posteriores desarrollos y abordajes terapéuticos de las psicosis.

Referencias bibliográficas

- Agrazar, J. Fernández Raone, M. y De Battista, J. (2018). Capítulo 5. Segundo paradigma: las enfermedades mentales (1854 – 1926). En J. De Battista (Coord.), *Aportes interdisciplinarios en Psicopatología. Tomo I: Clínica de las psicosis en la psiquiatría clásica*. (pp. 63 – 78). La plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/85802/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Alanen, Y. O. (2008). Capítulo 3. El caso Schreber y la influencia contradictoria de Freud en el enfoque psicoanalítico de la psicosis. En Y.O. Alanen, M. González de Chávez, A. S. Silver y B. Martindale, *Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas: Historia, desarrollo y perspectivas*. (pp. 27 – 44). Recuperado de <http://www.cursoesquizofrenia.com/images/ABORDAJES-PSICOTERAPEUTICOS.pdf>
- American Psychiatric Association (2002). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. (pp. 333 – 386). Barcelona: Masson.
- Barenblit, V. (2003). La evolución de la práctica psicoanalítica con pacientes psicóticos. *Intercambios, papeles de psicoanálisis / Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, 10, 7-21. Recuperado de <https://raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/355113/447097>
- Consejo de Redacción (1996). Dos visiones de la esquizofrenia. Kraepelin y Bleuler. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 16 (60), 655 – 662. Recuperado de [file:///C:/Users/pat_o/Downloads/15510-15608-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/pat_o/Downloads/15510-15608-1-PB%20(2).pdf)
- del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de historia de la psicología. Publicacions de la Universitat de València*. 30 (2-3), 81-90. Recuperado de [file:///C:/Users/pat_o/Downloads/Dialnet-RaicesYEvolucionDelDSM-3043153%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/pat_o/Downloads/Dialnet-RaicesYEvolucionDelDSM-3043153%20(2).pdf)

- Dias, E. O. (2007). La teoría winnicottiana de la maduración como guía de la práctica clínica. *Winnicotte-prints*,2(1),1-13. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2007000100001&lng=pt&tlng=es.
- Fernández Raone, M., Kopelovich, M. y Hoggan. M. E. (2018). Capítulo 6. Tercer paradigma: estructuras psicopatológicas (1926 – 1977). En J. De Battista (Coord.), *Aportes interdisciplinarios en Psicopatología. Tomo I: Clínica de las psicosis en la psiquiatría clásica*. (pp. 79 – 91). La plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/85802/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Freidin, F. (2018). Consideraciones sobre las psicosis desde el “vértice” de la Escuela Inglesa de Psicoanálisis. *Revista Universitaria de Psicoanálisis, UBA*. 18, 115-124. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos_completos/revista18/freidin.pdf
- Freud, S. (1991). 16a. Conferencia. Psicoanálisis y psiquiatría. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 16, pp. 223-234). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917 [1916-17]).
- Freud, S. (1992a). El yo y el ello. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 19, pp. 1- 66). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923).
- Freud, S. (1992b). Fragmentos de la correspondencia con Fliess. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 1, pp. 211-322). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1950 [1892-99]).
- Freud, S. (1992c). Introducción del narcisismo. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 14, pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (1992d). La pérdida de realidad en neurosis y psicosis. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 19, pp. 189 -197). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1924).

- Freud, S. (1998). La predisposición a la neurosis obsesiva. Contribución al problema de la elección de neurosis. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 329 - 346). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1913).
- Freud, S. (1991). Las neuropsicosis de defensa. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 3, pp. 41-68). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1894).
- Freud, S. (1992a). Lo inconciente. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 14, pp. 153-213). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S. (1992b). Más allá del principio de placer. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 18, pp. 1-62). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1920).
- Freud, S. (1992c). Neurosis y psicosis. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 19, pp. 151-159). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1924 [1923]).
- Freud, S. (1991). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 3, pp. 157-184). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1896).
- Freud, S. (1998). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 1 - 76). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1911 [1910]).
- Guilañà Palanques, E. (1997). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis: una lectura a través del caso Schreber*. (Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona). <https://www.tdx.cat/handle/10803/5413#page=1>
- Hinshelwood, R. D. (1992). *Diccionario del pensamiento kleiniano*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jackson, M. (2008). Capítulo 8. Desarrollo en Gran Bretaña I. La contribución de las innovaciones kleinianas al tratamiento de los pacientes psicóticos. En Y.O. Alanen, M. González de Chávez, A. S. Silver y B. Martindale, *Abordajes*

psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas: Historia, desarrollo y perspectivas. (pp. 91 – 108). Recuperado de <http://www.cursoesquizofrenia.com/images/ABORDAJES-PSICOTERAPEUTICOS.pdf>

Klein, M. (1952). Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. Recuperado de <https://www.scribd.com/document/526976668/27-Algunas-Conclusiones-Teoricas-Sobre-La-Vida-Emocional-Del-Bebe-1952>

Klein, M. (1935). Contribución a la psicogénesis de los estados maníacos depresivos. Recuperado de <https://www.scribd.com/document/192914704/17-contribucion-a-la-psicogenesis-de-los-estados-maniaco-depresivos-1935>

Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

León Quiroz, P., Reyes Jeira, I. y Soca Guarnieri, J. (profesor guía). (2012). *(Des) encuentros en torno a la psicosis: un estudio aproximativo a las teorías psicoanalíticas de Jacques Lacan & Melanie Klein*. (Tesis de grado, Universidad Academia de Humanismo Cristiano). <http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/handle/123456789/2562>

Nemirovski, C. (1999). Edición-reedición. Reflexiones a partir de los aportes de Winnicott a la comprensión y tratamiento de las psicosis y otras patologías graves. *Aperturas Psicoanalíticas*. Revista Internacional de Psicoanálisis. 3. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000089#contenido>

Ortuño, F y Guitierrez-Rojas, L. (2011). Psicosis. *Revista Medicina. Enfermedades del ánimo y psicosis*. 10 (84), 5693 – 5702. Recuperado de https://www2.uned.es/psicofarmacologia/stahl4Ed/contenidos/Tema1/documentos/C4/C4D_11.pdf

Raggio, E. (1990). El aporte de la obra de Melanie Klein a las psicosis. *Revista de Psicoanálisis*, 47(02),325-334. Recuperado de

http://apa.opac.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/19904702/p00325.dir/REVA_PA19904702p0325Raggio.pdf

Rosenfeld, H. (1954). Algunas consideraciones sobre la psicopatología de la esquizofrenia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. 2 (4), 501 – 515. Trabajo publicado en 1958. Recuperado de <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/510/437>

Sales, L. (2006). Freud, desde la paranoia al reconocimiento de la esquizofrenia. *Intercambios, papeles de psicoanálisis / Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, 17, 55-68. Recuperado de <https://raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/354633>

Sánchez-Barranco Ruiz, A. & Vallejo Orellana, R. (2004). Melanie Klein, una princesa que creó su propio reino. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91,117-136. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300008&lng=es&tlng=es.

Segal, H. (2003). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D (1999). Preocupación maternal primaria. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. (pp. 405-412). Barcelona: Paidós.

Zanassi, S. y Agrazar, J. (2018). Capítulo 7. Aportes, conclusiones y discusión. En J. De Battista, (Coord.), *Aportes interdisciplinarios en Psicopatología. Tomo I: Clínica de las psicosis en la psiquiatría clásica*. (pp. 92 – 95). La plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/85802/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zanassi, S., Agrazar, J. Y De Battista, J. (2018). Capítulo 4. Primer paradigma: la alienación mental (1793 – 1854). En J. De Battista (Coord.), *Aportes interdisciplinarios en Psicopatología. Tomo I: Clínica de las psicosis en la psiquiatría clásica*. (pp. 44 –62). La plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/85802/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zanassi, S. Agrazar, J. y Fernández Raone, M. (2018). Capítulo 3. Introducción. En J. De Battista (Coord.), *Aportes interdisciplinarios en Psicopatología. Tomo I: Clínica de las psicosis en la psiquiatría clásica*. (pp. 39 – 43). La plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP).http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/85802/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y