

## CRITERIOS DE CURACIÓN Y OBJETIVOS TERAPÉUTICOS EN EL PSICOANÁLISIS. ESCUELA INGLESA.



Augusto Picollo

### RESUMEN

El doctor Augusto Picollo aborda en este trabajo los criterios de curación y objetivos terapéuticos en el psicoanálisis dentro del modelo de la escuela inglesa. Comienza con la teoría de Melanie Klein, las dos posiciones esquizoparanoide y depresiva, y señala tres pilares fundamentales de dicha teoría: la ansiedad básica, los mecanismos de defensa y las relaciones objetales (objeto parcial y objeto total). Luego, se ocupa de los desarrollos posteriores realizados, sobre todo, por W. Bion y H. Rosenfeld.

Según Picollo, Bion toma de M. Klein la teoría de las posiciones y la teoría de la reparación, así como la dualidad instintiva: instinto de vida e instinto de muerte. De Freud, a partir de “Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico”, de “Pulsiones y destinos de pulsión” y Más allá del principio de placer, toma la segunda teoría instintiva y agrega el odio a la realidad interna.

Picollo nos dice que tanto Bion como Rosenfeld se interesan por el campo de la psicosis; por ello, estudian el psiquismo primitivo y, dentro de esta teoría, las problemáticas regresivas y primarias. Así, para Bion, un criterio de curación estaría dado por el conocimiento de la propia verdad psíquica, o bien por la aceptación por parte del paciente de la frustración, el no saber, la ambigüedad, la duda y el dolor psíquico, lo cual significaría que su pensamiento verbal se va integrando. Mientras que para Rosenfeld un criterio de curación sería la posibilidad de discriminar objeto bueno de objeto malo, el antes y el después, el tiempo y el espacio, permitiendo así la salida del estado de ansiedad confusional.

**Doctor Mariano Dunayevich:** Mencionaste el objetivo terapéutico y los criterios de curación, en relación con el campo en que se desarrolla y con el modelo de funcionamiento mental. Comenzaste a hablar de Melanie Klein y las dos posiciones: posición esquizoparanoide y posición depresiva, incluye las fases y las dos ansiedades básicas. Hablaste de los tres pilares básicos de la teoría kleiniana.

**Doctor Augusto Picollo:** Los tres pilares básicos de la teoría kleiniana son: la ansiedad básica, los mecanismos de defensa y las relaciones objetales, de objeto parcial y de objeto total.

**Doctor Dunayevich:** Después hablaste de la teoría de la reparación. La teoría de la reparación como centrífuga, en la que se considera el objeto en relación con el sujeto, el problema de la pena, el dolor y la culpa por el objeto y la capacidad reflexiva que se desarrolla en el sujeto como consecuencia del proceso anterior.

**Doctor Picollo:** Ésta es una descripción de la posición Kleiniana. Con esto repito lo primero que dije, que no me iba a ocupar de los criterios de curación estrictamente en la escuela kleiniana, porque de eso se iba a ocupar otro expositor, pero sí de algunos autores de la escuela kleiniana que habían hecho desarrollos posteriores, entre ellos, principalmente, de Bion y Rosenfeld.

Bion parte fundamentalmente de conceptos básicos freudianos y kleinianos. Los conceptos kleinianos tienen que ver con la teoría de las posiciones: posición depresiva y posición esquizoparanoide. Con respecto a la posición depresiva, fundamentalmente la teoría de la reparación. La que tiene, como la posición depresiva, un sentido centrífugo, o sea que inicia un movimiento de consideración del yo hacia el objeto; en cambio, la posición esquizoparanoide inicia un movimiento del objeto hacia el yo. El sujeto se siente perseguido por el objeto y la dirección del movimiento es centrípeta.

¿Qué puntos básicos toma Bion de cada una de las teorías? De la teoría kleiniana, toma la teoría de la reparación y la de las posiciones. Pone el acento en la segunda teoría instintiva freudiana que parte del trabajo Más allá del principio de placer, de 1920: dualidad, instinto de vida e instinto de muerte.

Estos autores, como herencia de la teoría kleiniana, van a desarrollar sus conceptualizaciones en el campo del psiquismo primitivo. Estudian dicho psiquismo primitivo y, dentro de él, las problemáticas regresivas y primarias. Por lo tanto, se interesarán principalmente por el campo de la psicosis. En dicho campo, ellos remarcan lo relativo a la dualidad instintiva, y dentro de ella la predominancia del instinto de muerte. O sea que los dos autores, también como herencia kleiniana, señalan que en todo funcionamiento psicótico de la personalidad existe un predominio del instinto de muerte.

**Doctor Dunayevich:** Hablaste de la realidad instintiva, del predominio del instinto de muerte en relación con el instinto de vida, y las pulsiones teñidas por el instinto de muerte.

**Doctor Picollo:** La predominancia del instinto de muerte, dice Bion, es tal que hasta los impulsos libidinales están teñidos de esa cualidad tanática del instinto de muerte.

**Doctor Dunayevich:** Y el tercer punto al que hiciste referencia es el odio a la realidad.

**Doctor Picollo:** Bion no solamente hace una apoyatura kleiniana. Dice que hay ciertos conceptos básicos que él toma de las teorías freudiana y kleiniana. Entre los conceptos básicos de la teoría kleiniana están: la dualidad instintiva –instinto de vida e instinto de muerte–, el concepto de identificación proyectiva y la relación de objeto parcial. En cuanto a la teoría freudiana, él parte de trabajos como “Los dos principios del suceder psíquico”, “Los instintos y sus vicisitudes”, y Más allá del principio de placer.

**Doctor Dunayevich:** Cuarto punto: las relaciones objetales prematuras.

**Doctor Picollo:** Bion principalmente utiliza esa conceptualización kleiniana para describir lo que ocurre en el funcionamiento primitivo de la mente ligada a los procesos psicóticos de la personalidad.

Primero habla del odio a la realidad. Freud se refería a un repudio a la realidad, pero fundamentalmente al odio hacia la realidad externa y su significación inconsciente. Bion agrega también el concepto de odio a la realidad interna. ¿Cuál es la fundamentación de esto? Él toma el concepto de conciencia tal cual Freud lo define en “Los dos principios del suceder psíquico” y en el capítulo VII de La interpretación de los sueños, donde señala que conciencia es aquel órgano capaz de detectar las variaciones de la realidad exterior. Freud, además, dice que conciencia es aquel órgano interno capaz de detectar las variaciones del principio de placer y el de displacer. O sea que es un concepto bifronte, según Freud. Esto es una conceptualización muy fuerte que Bion retoma, y le da ciertas asignaciones particulares, por ejemplo, que no sólo es capaz de percibir las variaciones de la realidad exterior a través de los órganos de percepción, sino que la conciencia, en la otra cara, detecta las variaciones y estados del mundo interno. Esto está relacionado con el problema de “la conciencia de estar loco” planteado por Bion. O sea, es un proceso que se va desarrollando cuando comienza lo que él llama el pensamiento verbal, propio de la posición depresiva. Cuando inicia la posición

depresiva aparece la integración del objeto; por lo tanto, la integración del pensamiento, la iniciación del pensamiento verbal, y se acerca a la conciencia de “estar loco”, es decir, a su realidad psíquica interna. Ése es el momento -dice Bion- en que nosotros tratamos a estos pacientes psicóticos con el método psicoanalítico.

Esto se parece muchísimo a lo planteado por Freud: que vemos al psicótico en el camino de vuelta, en su intento de “curación”. No lo vemos en el período productivo, sino en su intento de restitución.

**Doctor Dunayevich:** Lo estás completando un poco más. Te referirás también a la capacidad de *reverie* y del pensar primordial en análisis.

**Doctor Picollo:** ¿Cuáles son los vectores que nos conducen hacia lo que podría considerarse un criterio de curación en el pensamiento de Bion y de Rosenfeld?

En primer término, un incremento del instinto de muerte, segundo tipo de transferencia que Rosenfeld denomina transferencia psicótica, a diferencia de la transferencia neurótica, fundamentada principalmente en la proyección, en la identificación proyectiva. La identificación proyectiva masiva, como mecanismo princeps de relación terapéutica y de la relación con el mundo. Bion dice que la identificación proyectiva es el primer modelo de comunicación del individuo. Antes del desarrollo del pensamiento, la identificación proyectiva masiva es el primer modo de comunicación. Por lo tanto, la posición del objeto madre, como la del terapeuta, es la de recibir los primeros impactos de identificación proyectiva masiva. Dicha identificación tiene dos cualidades fundamentales y diferentes. Puede ser normal o patológica. La identificación proyectiva normal, primer modelo de comunicación, es la identificación proyectiva realista, y la otra es la identificación proyectiva patológica. La realista o normal es aquella por la cual el niño despierta en la madre la capacidad de *reverie*, y en el terapeuta la necesidad del paciente de ser ayudado. En cambio, la identificación proyectiva masiva tiende hacia la parasitación, la inundación, o la paralización del pensamiento en el terapeuta.

**Doctor Dunayevich:** Y cuánto se ve eso, ¿no?

Después hablaste de descarga del instinto de muerte, elementos Beta.

**Doctor Picollo:** Esa identificación proyectiva masiva está asociada al concepto kleiniano de posición esquizoparanoide, o sea, a la amenaza del instinto de muerte frente al yo. En la teoría del pensamiento, Bion señala que la identificación proyectiva masiva vehiculiza una serie de elementos que él denomina elementos beta, destinados sólo a ser evacuados, porque son los representantes del instinto de muerte que amenazan al yo.

En Bion, el proceso de desarrollo mental, así como el proceso de curación, va acompañado siempre de la evolución del proceso del pensamiento. O sea que evolución del pensamiento y evolución hacia la curación es un mismo proceso.

Esto mismo va asociado como proceso de pensamiento hacia el conocimiento. Un vínculo “más K” (more knowledge) es un proceso que se acerca a más conocimiento, es decir, un proceso de pensamiento hacia un mayor conocimiento y verdad, y por lo tanto hacia la curación. Conocimiento, pensamiento verbal, curación, o sea maduración mental, evolución, son un proceso que sigue el mismo camino.

Un vínculo “más K”, en el proceso analítico no quiere decir una toma de conocimiento acerca de un objeto. El vínculo “más K” no quiere decir que el proceso de conocimiento esté signado por el conocimiento acerca de una cosa, sino que en el análisis el proceso de conocimiento “más K” es un proceso que acerca al individuo al “ser sido”, no al tomar conocimiento. El tomar conocimiento es un proceso mental, pero el “ser sido” es una toma de conocimiento que lo acerca a su propia verdad.

El análisis, dice Bion, no es un proceso en el que se busca tomar conocimiento acerca de algo. Ése es un conocimiento intelectual. En el análisis, la toma de conocimiento adquiere la característica de “ser sido”, de

conciencia de su propia realidad psíquica.

**Doctor Dunayevich:** Lo que pasa es que ciertos pacientes creen que hay visualización. Es un proceso intelectual, pero no de conocimiento.

Después hablaste de mito, sueño, pensamiento onírico, protopensamiento, concepciones y conceptos.

**Doctor Picollo:** Bion hace un paralelo entre la evolución-curación y el desarrollo del proceso del pensamiento. Para diagramar ese proceso se vale de lo que llamó “la tabla”. En la tabla, él da una serie de categorías en sentido evolutivo y progresivo del proceso de pensamiento. La tabla es un diagrama de abscisas y ordenadas. Habla en un primer momento de elementos beta, de aquellos elementos que sólo están destinados a ser evacuados, pero que en tanto están asociados a experiencias vivenciales tienen la capacidad de unirse unos con otros, si se transforman en elementos alfa. Esos elementos alfa forman cada vez cadenas más complejas que van dando estructuración progresiva a un proceso de pensamiento.

Posteriormente, como niveles mayores de complejización, aparecerán los mitos, los sueños y los pensamientos oníricos, como un grado mayor de pensamiento.

A partir de allí aparecerán las preconcepciones y, posteriormente, las concepciones, que serán la unión de una preconcepción con una satisfacción de la misma en la realidad. Cuando la “preconcepción” pecho se une a la realidad pecho satisfactorio, hace lo que se llama una “concepción”, a través del proceso de la realización. Una preconcepción se une a una realidad y forma una concepción, cuando dicha preconcepción está calificada, se transforma en un concepto.

Después de las concepciones y los conceptos vienen los procesos más complicados, tales como el proceso algebraico, las fórmulas matemáticas, etc. El proceso de pensamiento se complejiza, son estados cada vez más complejos.

Repitiendo la preconcepción de un objeto, como puede ser la preconcepción de pecho, cuando se encuentra con la realidad pecho, va a producir una realización y, por lo tanto, una concepción. El sujeto concibe lo que preconcebe; pero, cuando no encuentra la satisfacción, va a encontrarse con un no-objeto, que es lo que va a dar origen al proceso del pensamiento. Esto se asocia con lo que Freud dice de la identidad del pensamiento y de la identidad de percepción en el “Proyecto de una psicología para neurólogos”.

Bion dice, entonces, que el pensamiento se desarrolla por el no encuentro del objeto, la ausencia de la realización y de la concepción.

La preconcepción no encuentra al objeto, sino que al encontrar al no-objeto u objeto de presencia negativa produce el proceso de pensamiento.

Freud, en el “Proyecto...”, lo dice de otra manera: cuando el individuo se encuentra con el objeto que lo satisface, se produce una satisfacción. Pero esto no produce ningún rédito al aparato. Lo que produce rédito es la búsqueda de un nuevo objeto a través de la identidad de pensamiento y de percepción.

Entonces, la evolución hacia la curación está paralelamente signada por una evolución en el proceso de pensamiento. Y concomitantemente, para Bion, al proceso de pensamiento se va desarrollando el aparato de pensar los pensamientos. Una conjunción entre el proceso de pensamiento y la producción de un aparato de pensar los pensamientos.

**Doctor Dunayevich:** Después trataste sobre el objeto bizarro y los cambios de cualidad de objeto.

**Doctor Picollo:** Ya dentro de la problemática específica de estos autores, principalmente Bion aborda la problemática psicótica. Dentro de ella, el proceso de pensamiento, las relaciones objetales, los objetos, las ansiedades y el estado del yo, son los conceptos básicos.

Vamos a discriminar cada uno de ellos.

En el proceso de pensamiento, y en un primer momento como modelo inicial de comunicación, se trata de la identificación proyectiva, evacuación de puro instinto de muerte a través de los elementos beta.

La madre, si tiene la capacidad suficiente de recoger la proyección masiva de los elementos beta, los metaboliza y transforma con su capacidad de *reverie*, y les dará significación. Devueltos al niño metabolizados, se podrán transformar en elementos alfa, los cuales unidos formarán cadenas iniciales de pensamiento. El proceso de pensamiento se va desarrollando cada vez más. Pero el psicótico se supone que no tuvo ni tiene esa posibilidad de ir hacia dicha evolución. El psicótico, que no pudo construir un objeto acorde con la realidad interna ni externa, como lo puede construir una mente sana (pecho, madre, objeto bueno, objeto malo), construye un objeto especial que Bion llama “objeto bizarro” u objeto extraño.

El objeto bizarro es un conglomerado no armónico ni integrado de partes del objeto interno, el objeto externo y el órgano de percepción que conecta las dos realidades. Él da el siguiente ejemplo: un psicótico que está mirando un gramófono, y lo que predomina es el órgano de la visión, y el gramófono suena, puede tener la fantasía de que el gramófono, cuando suena, lo está mirando, porque el órgano que está comprometido en ese objeto bizarro es su propio órgano de percepción. Este concepto es fundamental, porque Bion aquí está jerarquizando lo que Freud ya había señalado en “Los dos principios del suceder psíquico”: la importancia que tienen los órganos de percepción y el concepto de la conciencia, que hasta ese momento habían quedado desdibujados.

El objeto bizarro es aquel que está formado por partes no armónicas ni tampoco lógicamente integradas, por eso no es un pecho, no es un objeto reconocible... es un objeto bizarro. Dice que son como los objetos de los mobiliarios de los sueños, con esto quiere decir que son objetos fundamentalmente integrados por condensaciones.

**Doctor Dunayevich:** ¿Por qué se fuerza ese conglomerado? ¿Cómo se logra ese conglomerado?

**Doctor Picollo:** Por las identificaciones proyectivas masivas. La identificación proyectiva masiva, a través del órgano de percepción, junta lo interno con lo externo, aquello que destruye por la intensidad y violencia de la identificación proyectiva. No hay que tomar todo esto como verdades, como el mismo Bion señala, sino como modelos para pensar. La identificación proyectiva de *splitting* múltiple adquiere aquí una intensidad y violencia muy considerables, es tan masiva y violenta que fragmenta el objeto hasta hacerlo conminuto, como señalara el trabajo Ataques al vínculo.

Ésos son los objetos que rodean a la mente del psicótico. Frente a ellos, el psicótico no tiene la posibilidad que tienen los neuróticos de huir hacia la realidad externa cuando los invaden las ansiedades psicóticas. El psicótico no puede huir porque la realidad externa está poblada por objetos bizarros, que engloban a los objetos, y no le queda otra posibilidad que quedar encerrado en su propia locura.

Pero tampoco estos objetos de la fantasía deben ser desaprovechados en el proceso terapéutico, porque son los precursores de las ideas. Los objetos bizarros, entendidos por el analista como ideogramas o ideografías, son los precursores de las ideas. Entonces, lo único que podemos hacer nosotros frente al psicótico es descifrar el ideograma y realizar lo que Bion llama un mecanismo de identificación proyectiva de sentido inverso, o re-proyección de lo proyectado. No una reintroyección, no hay que confundir el concepto de re-proyección con el de reintroyección de lo proyectado. Éste es el único camino que el analista tiene para volver a su conciencia aquello que fue fragmentado y proyectado masivamente.

**Doctor Dunayevich:** ¿Cuál es la idea de re-proyectar lo proyectado? ¿Adónde se vuelve a re-proyectar?

**Doctor Picollo:** Esto está tomado de Klein. Para que haya un proceso de reintroyección, debe haber en

el paciente una posición depresiva bien establecida. Se reintroyecta todo aquello que puede ser entendido y se siente como objeto con posibilidades de ser reintroyectado, tragado. Estos pacientes no tienen esa capacidad, entonces el analista lo único que puede hacer es meter otra vez algo que fue proyectado. Dice Bion que es el único camino, pero hay que utilizarlo para reintroyectar lo proyectado por el paciente. Lo que pasa es que el paciente lo vive con violencia, y además lo vive como una reintroyección anal, porque es la reprojectión de lo proyectado analmente.

**Doctor Dunayevich:** Es interesante también cómo vuelve a entrar por la misma vía por la que el sujeto lo sacó.

**Doctor Jaroslavsky:** ¿Se podría pensar que un criterio de curación sería la modificación de los objetos bizarros?

**Doctor Picollo:** Acercarse hacia la integración en el proceso de pensamiento. Lo que podemos entender como un camino hacia la curación estaría en Bion indisolublemente ligado al conocimiento de la propia verdad psíquica. En su cara interna esa conciencia está colocada frente a lo que se puede llamar la realidad psíquica. Cuando aparece la integración del pensamiento o pensamiento verbal, posición depresiva, es cuando puede integrar los elementos alfa y transformarlos en pensamiento, aunque de ese pensamiento aparezcan sólo elementos primitivos, como pueden ser los sueños, los mitos o las preconcepciones, y elementos más primitivos que el pensamiento verbal. Realidad psíquica que va dando cuenta de dichos objetos bizarros. Esto es lo que Bion denomina el acercamiento al “sentimiento de estar loco”, que podemos detectar sólo cuando el paciente “se acerca al pensamiento verbal en posición depresiva”.

¿Qué función cumple el objeto bizarro? Cumple la función de ser un precursor de las ideas, porque es la única manera en que el paciente va a expresar su realidad interna y la visión que tiene de la realidad externa. Ese objeto bizarro aparece a la manera de un mobiliario de sueño, como una ideografía. El analista, descifrándolo desde ese conglomerado no armónico, va a poder traducirlo en ideas. Ése es el camino que, reintroyectado, le va a dar al paciente el conocimiento de su estado interior. Esta toma de conciencia lo acerca a la curación, posición depresiva y pensamiento verbal.

**Doctor Dunayevich:** También te referiste al concepto de transformación.

Sí, a los elementos que a nosotros en la clínica nos van dando cuenta de ese proceso de pensamiento y de la evolución del mismo. Bion introduce lo que él llama la teoría de las transformaciones. Transformación tanto de un objeto, del yo, de un contenido psíquico. Él lo toma de ciertos conceptos corrientes, como la pintura, por ejemplo. Bion dice que un objeto en sí mismo sería lo que él denomina objeto 0 (cero). Lo que nosotros observamos del objeto no es nunca el hecho en sí mismo, sino una transformación de él.

Voy a aclarar un poco más. La teoría de las transformaciones tiene múltiples vectores, pero fundamentalmente tiene que ver con la observación clínica.

Bion habla de un hecho, el hecho cero, que es el hecho en sí mismo, lo que ocurrió u ocurre. El hecho cero pudo haber sido el hecho real cuando ocurrió: por ejemplo, cuando al niño lo forzaron a la educación de esfínteres. Nosotros no podemos conocer el hecho cero, aquel hecho real. Tampoco conocemos cuál es el hecho cero dentro del psiquismo de ese paciente, cómo vivenció o vivencia esa educación de esfínteres, pero sí conocemos las transformaciones. Las transformaciones son las evidencias que va dando a través de la transferencia o de la relación terapéutica de aquel hecho. Las transformaciones pueden estar más o menos alejadas de aquel hecho cero, o más o menos cercanas. Él habla de transformaciones proyectivas y transformaciones de sentido rígido. Las transformaciones de sentido rígido son aquellas que casi son iguales

al hecho cero. Y las transformaciones proyectivas son aquellas que tienen un cierto grado de transformación. Éste es un concepto tomado de la geometría, las imágenes proyectivas.

¿Nosotros qué conocemos? Bion, para ejemplificar, toma un modelo de la pintura. Cuando vemos un cuadro donde hay un paisaje de amapolas, el hecho cero es el paisaje de amapolas; sin embargo, cuando vemos el cuadro reconocemos el paisaje de amapolas. Quiere decir que entre el paisaje de amapolas y el cuadro hay invariantes o constantes que permiten reconocer la identidad de ambas cosas.

**Doctor Dunayevich:** La geometría proyectiva.

**Doctor Picollo:** Sí, que nos permite a nosotros reconocer el hecho cero primitivo. Pero este cuadro no es aquel paisaje a pesar de que lo reconocemos; quiere decir que hay variables y hay constantes. Las constantes nos permiten reconocerlo. En esto está fundamentado el trabajo clínico, en el reconocimiento de aquellas constantes que pueden identificar un hecho cero con la transformación del paciente o del analista.

El analista va sufriendo transformaciones distintas de las del paciente. El paciente transforma su hecho cero del pasado, luego el interno en una transformación. Y el analista, a partir de lo que el paciente le dice, va transformando ese hecho en otras cosas que le permiten la interpretación.

O sea que la teoría de transformaciones juega permanentemente en la clínica. Se van transformando los hechos en imágenes, etc. Pero siempre hay una invariante que permite el reconocimiento de una y otra.

**Doctor Dunayevich:** Y eso permite además la reconstrucción terapéutica.

También te referiste a la inclusión de la violencia y las proyecciones.

**Doctor Picollo:** La identificación proyectiva en el psicótico tiene como características, primero, no ser producto de una disociación, sino ser lo que Bion llama una identificación proyectiva masiva de *splitting* múltiple, a lo que agrega la connotación de ser conminuta y violenta. Bion trabaja con dos conceptos fundamentales: el funcionamiento de la parte psicótica de la personalidad y el de la parte neurótica. Dice que la presencia de las dos es insalvable. Siempre existe la concomitancia de las dos. Naturalmente que en el paciente psicótico la predominancia de la parte psicótica es mucho mayor que en el neurótico.

Nosotros podemos conocer la parte psicótica de la personalidad a partir de contar con la parte neurótica, que es aquella que puede elaborar un proceso de pensamiento, o sea, acercarse al pensamiento verbal. Y es aquella que, colocada frente al aspecto psicótico de la personalidad, va dándonos cuenta, por su conciencia, de esa locura.

**Doctor Dunayevich:** Después hablaste de la transformación alucinosis.

**Doctor Picollo:** Bion menciona muchos tipos de transformación de sentido rígido, de sentido proyectivo. Pero además habla de una calidad especial de transformación en el psicótico que él llama transformación en alucinosis, donde los contenidos internos se transforman en una alucinación con conciencia de alucinación y con sentimiento de esa propia alucinación. La diferencia entre alucinosis y alucinación es que en esta última no tiene conciencia. En cambio, en la alucinosis él puede tener cierta conciencia de la transformación de un estado interno en una alucinación. En la mente psicótica ocurre la transformación de un contenido interno en una alucinación; es una transformación alucinosis. Hay pacientes que dicen: “Anoche soñé tal cosa”, el terapeuta que no sabe si lo soñó o si estaba despierto, cuando le señala si realmente estaba dormido, a menudo afirman que no saben si lo estaban o no, eso puede ser una transformación alucinosis. No es un sueño ni una alucinación, puede ser una transformación en alucinosis.

**Doctor Jaroslavsky:** Luego de esto aparecería la acción como proceso.

**Doctor Picollo:** Dentro de ese proceso progresivo de pensamiento, dentro de las ordenadas van elementos beta, elementos alfa, sueños y mitos, pensamientos oníricos, preconcepción, concepción, concepto. En el sentido de las abscisas el proceso de pensamiento se va caracterizando por una serie de elementos. Lo primero es atención, después viene la columna 2 que es la columna resistencial, y luego notación, memoria; son una serie de progresos en el sentido de la atención. Atención, notación, hipótesis definitoria. Son complejizaciones del pensamiento en cuanto al individuo, en el otro en cuanto al proceso mismo.

**Doctor Dunayevich:** Entonces, transformación, reflexión, binocularidad.

**Doctor Picollo:** ¿Cómo es que nosotros vamos dando cuenta de estos fenómenos en la clínica? Primero a través del desciframiento de los objetos bizarros. Segundo, por medio de la teoría de las transformaciones, fundamental para darnos cuenta de cuáles pueden ser las transformaciones que ese individuo hizo de su hecho cero. Cuando la transformación es rígida, el hecho mismo casi está presente. Por ejemplo, el psicótico que se quiere acostar con la madre, allí hay una transformación de sentido rígido. En cambio, en la transformación proyectiva el sujeto dice: “Anoche estuve con una señora de ojos verdes, rubia, la conocí y me dejó tan prendado de ella que yo tengo ganas de juntarme”. Aquí hay una transformación de sentido proyectivo.

Éstos son elementos clínicos que nos van a ir dando cuenta del sentido de evolución, o de no elaboración, por parte del paciente.

**Doctor Dunayevich:** Binocularidad.

**Doctor Picollo:** Bion dice, según un modelo geométrico, que en un paciente la visión de un problema puede o no ir acompañada de la visión del mismo problema desde otros vértices, que puede ser el del analista, por ejemplo.

Cuando el paciente acepta que su visión se acompaña con la visión de otro lado, la inconciente dada por el analista, tiene una visión binocular, porque le permite aceptar su visión más la visión del inconciente. Entonces, en ese caso existe una perspectiva reversible. Bion trae el concepto de la “perspectiva reversible”, que después lo va a completar con el de “reversión de la perspectiva”.

Bion dice que la visión binocular es la que da sentido de tridimensionalidad o profundidad al problema.

La binocularidad es lo que da sentido de profundidad y de conciencia adecuada. En los pacientes psicóticos, en general, lo que ocurre es que esa visión del analista les trae dolor psíquico, entonces la rechazan e insisten en su propia visión del problema, no tienen visión binocular. Hacen un mecanismo defensivo que se llama “reversión de la perspectiva”.

Bion da el modelo de la jarra. El dibujo de esa jarra que es también un perfil humano. El psicótico generalmente va a decir que es una jarra, nunca va a ver el perfil humano. No tiene la perspectiva reversible y hace lo que Bion llama una reversión de la perspectiva: al darle la segunda perspectiva, no la acepta y la revierte hacia su lado.

**Doctor Dunayevich:** Son esos pacientes que creen que curarse consiste en que el terapeuta termine convencido de la verdad de lo que él piensa.

**Doctor Picollo:** Exactamente. Eso es la reversión de la perspectiva. Le señalás, por ejemplo, un aspecto envidioso de él, y como le duele, no lo acepta y lo cambia hacia su propia visión.

**Doctor Jaroslavsky:** Eso sería por el dolor psíquico. O sea que podría tomarse como criterio de curación el modo como maneja el paciente el dolor psíquico.

**Doctor Picollo:** Por supuesto. En la medida en que el paciente acepta la frustración, el no saber, la ambigüedad, la duda y el dolor psíquico, se va acercando a la curación, porque su pensamiento verbal se va integrando. No sólo va a ver narcisísticamente lo que a él le favorece (principio de placer), sino que también va a ver lo que no le favorece, pero que es verdadero.

La visión binocular le va a dar sentido de la realidad: “Yo soy un buen tipo pero, además, soy un envidioso”.

La teoría del pensamiento hace al sentimiento de curación, o sea, a la integración de lo que puede llamarse el pensamiento primitivo. Del pensamiento primitivo al pensamiento verbal, que sería el pensamiento adulto, maduro, del proceso secundario, lo cual lo acerca hacia la curación.

El pensamiento se crea cuando no se encuentra con la satisfacción a través de una realización. El pensar nace de la ausencia del objeto. El paciente psicótico, en general, no tolera la frustración de no encontrar el objeto, por eso no puede desarrollar un proceso de pensamiento. Porque el proceso de pensamiento nace de la no satisfacción de la preconcepción, de la búsqueda de la satisfacción a través del proceso de pensar.

**Doctor Dunayevich:** El psicótico, en vez de tomar conciencia de que el objeto no está, se desconecta para no sufrir. Autismo.

**Doctor Picollo:** En ese caso se refugia en su yo. Una variedad del pensamiento psicótico es la omnisciencia. La omnisciencia sería un conocimiento de una realidad más omnipotencia. Es un manejo omnipotente de la realidad. En cambio la sabiduría, o el saber, es un criterio de realidad más conocimiento, pero no un criterio de realidad más omnipotencia.

Cuando la realidad está manejada con la omnipotencia, es omnisciencia. En cambio, cuando la realidad está manejada con conocimiento y búsqueda de verdad, es conocimiento.

En todo esto entra otra de las inquietudes de Bion, respecto a no sólo hablar del aspecto psicótico de la personalidad, del pensamiento psicótico, sino también de los aspectos psicóticos del analista. El funcionamiento psicótico de la personalidad del analista, donde el analista no funciona con un conocimiento sino con omnisciencia, tratando de imponer su deseo, de introducir sus deseos y su memoria en el paciente.

Volviendo a Rosenfeld, dentro de esta conceptualización de psicosis y acercamiento hacia la curación hay conceptos que fueron integrados en el pensamiento kleiniano y aceptados por Klein en el libro Envidia y gratitud, y por Bion en todos sus trabajos, que son muy valiosos, por ejemplo el introducido por Rosenfeld, que llamó “Ansiedades confusionales”.

Rosenfeld dice que en los casos donde hay una identificación proyectiva masiva, por un gran montante de envidia en el sujeto, se tiende a la confusión de los caracteres del objeto. El objeto bueno intensamente odiado y envidiado, es inyectado de identificaciones proyectivas, de elementos tanáticos, producto de la envidia, los cuales dan como resultado un objeto que no se puede determinar si es bueno o si es malo. Es un objeto confuso. El yo, concomitantemente, también padece la misma confusión, entonces el sujeto padece lo que se llama ansiedad confusional, donde no hay discriminación de objeto bueno/objeto malo, yo bueno/yo malo. Crea una ansiedad particular, que Rosenfeld describió como ansiedad confusional. Es discutible si ésta es previa a toda posición –posición esquizoparanoide, posición depresiva– o si es posterior. Evolutivamente pareciera que la ansiedad confusional es anterior a la posición esquizoparanoide, donde todavía no está discriminado lo bueno de lo malo. Rosenfeld dice que se puede salir de esos estados confusionales a través de un *acting*, tratando de discriminar lo bueno de lo malo. Pero la salida evolutiva normal de una ansiedad confusional se da a través de la discriminación objeto bueno/objeto malo. O sea que evolutivamente la ansiedad confusional sería previa a la posición esquizoparanoide.

**Doctor Dunayevich:** Aclaraste que era distinto de la confusión como defensa.

**Doctor Picollo:** Sí. Rosenfeld dice que la confusión puede aparecer de dos maneras: como ansiedad confusional, donde el sujeto no puede discriminar lo bueno de lo malo, el antes y el después, tiempo y espacio, o bien como defensa. El individuo, a veces, como una manera de protegerse frente al dolor, a la ansiedad depresiva, se confunde. Es como si dijera: “Yo no sé nada, no conozco nada”, como una manera de defenderse del dolor de conocer.

Rosenfeld habla, asociándolo con las ansiedades confusionales, de la importancia y la necesidad del *acting out* en un proceso de tratamiento. En un trabajo del año '57 le asigna al *acting out* casi un valor procesal. Dice que en algún momento del tratamiento, frente a la aparición de las ansiedades depresivas, el paciente utiliza mecanismos defensivos asociados a lo que Bion diría ante el sentimiento de estar loco, porque aparece el pensamiento verbal. Según Rosenfeld, el paciente utilizaría el *acting out* como mecanismo defensivo. Dice que este *acting out* es casi ineludible en un proceso de tratamiento que aparece frente a las ansiedades depresivas. Lo importante no es rechazar la presencia de un *acting out*, sino poder discriminar entre un *acting out* benigno o uno maligno, un *acting out* destructivo o no destructivo.

**Doctor Dunayevich:** El *acting out* benigno sería el destinado a defenderse de alguna manera de algo que lo daña. El *acting out* maligno es el deseo de dañar al objeto.

**Doctor Picollo:** Y el más maligno de todos consistiría en la interrupción del tratamiento; puede ser un suicidio, una muerte. Lo importante es encaminar las cosas hacia un *acting out* benigno. Son generalmente actuaciones sexuales, promiscuidad.

**Doctor Dunayevich:** El yo ¿también puede ser bizarro? ¿Qué pasa con las identificaciones múltiples?

**Doctor Picollo:** De las identificaciones múltiples no habla. Lo que él dice es que el objeto es bizarro, pero no habla de yo bizarro. Claro que, colocado frente al objeto bizarro, uno tiene que pensar que el yo es bizarro. Es un yo extraño, no integrado, conglomerado, con identificaciones conglomeradas como el objeto. Ni yo, ni no yo, ni papá, ni mamá, ni pecho, ni no pecho, es un objeto conglomerado y no un objeto identificable.

**Doctor Dunayevich:** El yo está identificado también con un objeto conglomerado.

En los mecanismos neuróticos se incluye el uso de la represión en vez de la disgregación.

**Doctor Picollo:** Él dice que en este acercamiento hacia la curación, todos estos mecanismos de identificación proyectiva masiva, *splitting* múltiple, objetos bizarros, son todos elementos del funcionamiento psicótico, sobre todo la identificación proyectiva masiva, y la comunicación por medio de identificación proyectiva masiva. Son todos elementos que en la mente neurótica serían los elementos que Freud describe como atributos del proceso secundario; en la mente neurótica serían sustitutos de la represión.

Y todos aquellos elementos, como por ejemplo la identificación proyectiva masiva, omnisciencia, serían sustitutos de la atención de los elementos que Freud describe en “Los dos principios...” como atributos de la conciencia en la mente normal. La atención, la memoria, la percepción.

**Doctor Dunayevich:** Como forma clínica, el olvido es distinto de la represión, del arrojar afuera. No quedan restos. La preconcepción ¿tiene que ver con la formación genética, o con las fantasías originarias?

**Doctor Picollo:** Tiene que ver con las fantasías originarias, pero no son las fantasías originarias de Freud. Tiene que ver con toda expectativa previa al conocimiento del objeto, por eso él habla de preconcepción de pecho; puede ser preconcepción de madre, etc. Esto está asociado a la noción de mito. Bion dice que el mito es una forma de dar cuenta de la estructuración particular de una problemática fundamental del individuo. Por ejemplo, el mito de Edipo, en cada individuo, habla de cómo está estructurado el Edipo en ese individuo. O sea que una preconcepción sería una forma previa de conocimiento que a uno lo acerca al objeto. La preconcepción de pecho permite acercarse al objeto. Este concepto no es freudiano sino bioniano. Es un a priori.

**Doctor Dunayevich:** ¿Qué se puede decir de la importancia de la actitud del analista en la producción del *acting out* maligno?

**Doctor Picollo:** Lo importante es poder resolverlo.

**Doctor Dunayevich:** ¿Cuánto participa el analista para que se dé un *acting out* maligno? ¿Él no puede procesar?

**Doctor Picollo:** En general es un proceso doble. Muchas veces el *acting out* maligno -lo he visto con mis pacientes y con pacientes de otros- está asociado a las actitudes del analista.

**Doctor Dunayevich:** Hace “objeto bueno” pero no por el límite. Eso uno lo ve con los hijos, cuando no ponés límites es vivido como falta de interés y cariño, que no te preocupás, que te da lo mismo, indiferencia.

**Doctor Jaroslavsky:** En la perspectiva del proceso psicoanalítico -interacción entre analista y paciente-, ¿qué elementos tomaría Bion para decir que ese proceso terapéutico va hacia un progreso analítico?

**Doctor Picollo:** El nacimiento del pensamiento verbal, la posición depresiva, la integración del objeto. Va acompañado paralelamente con una integración del pensamiento. No es sólo ya evacuación de identificación proyectiva masiva de elementos beta, sino que hay unión de elementos alfa que van formando cadenas cada vez más complejas de pensamiento. Aparecen mitos y sueños, pensamientos oníricos y, posteriormente, preconcepciones. Luego aparecen concepciones y conceptos. Se va dando lugar al proceso secundario a través del pensamiento verbal. El pensamiento verbal es aquel por el cual el individuo no sólo expresa ciertas cosas, sino que transmite un juicio. Ese pensamiento verbal, en el psicótico, va transmitiendo dolorosamente el sentimiento de estar loco, va poniendo en el campo de la conciencia, como diría Freud, aspectos psicóticos de la personalidad.

**Doctor Jaroslavsky:** Eso sería todo el campo de modificación del pensamiento.  
¿Qué otros aspectos habría?

**Doctor Picollo:** El abandono de la identificación proyectiva masiva como modo de comunicación y el acercamiento hacia el pensamiento verbal, emisión de juicios. Eso es un progreso.

El abandono de los mecanismos defensivos psicóticos: la reversión de la perspectiva, la omnisciencia, la omnipotencia. Otros mecanismos: el abandono de la transformación en alucinosis, el abandono de las alucinaciones evanescentes, o sea, el no saber, el no escuchar o el no ver.

Bion habla de alucinaciones evanescentes cuando el paciente escucha mal o no escucha. Hay un vacío en la escucha, un vacío en la percepción.

También aparecería la aceptación de la visión binocular, no sólo de la visión de él, sino también de la visión del analista: “Sí, doctor, la cosa es como yo digo, pero también me doy cuenta de que es como usted dice, no me había dado cuenta hasta ahora”. Todo eso va formando el proceso de pensamiento y la creación del aparato de pensar los pensamientos.

La aparición de sueños es fundamental. El sueño, dice Bion, es un prolegómeno del proceso de pensar. Es una cosa sabida que cuando la mente psicótica va mejorando aparecen sueños.

**Doctor Dunayevich:** En estos dos autores, ¿cuál es la relación del yo con el superyó en la curación?

**Doctor Picollo:** Al respecto, quien habla más es Rosenfeld. Rosenfeld habla mucho del superyó muy primitivo, siguiendo a Klein. Bion no se refiere mucho a ese aspecto del superyó. Sí hace referencia a la función de la madre, la función del objeto, por su capacidad de reverie.

**Doctor Dunayevich:** Es interesante cómo, aparentemente, no le da significación al padre. ¿Cómo muestra al padre?

**Doctor Picollo:** El padre, como objeto separado, entraría a formar parte más de la estructuración neurótica de la personalidad, la triangulación, el pasaje de pecho a pene. En este momento inicial está más privilegiada la relación diádica. Una cosa reconocida por todos los autores kleinianos es que la triangulación es mucho más tardía.

**Doctor Dunayevich:** Con déficit más temprano de la relación, básicamente con la madre.

**Doctor Picollo:** Son relaciones muy primitivas con la pareja combinada de los padres.

**Doctor Dunayevich:** Y esto además de observarse en la psicosis, puede verse en otros cuadros: en la psicopatía, por ejemplo.

**Doctor Picollo:** La psicopatía, para estos autores, forma parte de los fundamentos psicóticos de la personalidad, no es una entidad clínica.

Rosenfeld incluye el acting out dentro de lo que podría ser el funcionamiento psicótico. La necesidad del *acting out* entra dentro de todo proceso, no lo discrimina como una cosa específica.

Al respecto lo que es importante para Bion es algo que ya señaló Melanie Klein: la evolución en la calidad y relación objetal. En el primer momento del funcionamiento psicótico de la personalidad la relación con los objetos es una relación con objetos bizarros.

Posteriormente, si lo seguimos a Bion y a Rosenfeld, será un objeto más discriminado. Ya no será un objeto bizarro, sino un objeto pecho. Pecho bueno, pecho malo. Si en ese objeto pecho bueno, pecho malo, hay una identificación proyectiva masiva será un objeto confuso, pero si evoluciona adecuadamente será un objeto bueno o malo discriminado como tal. Ese objeto bueno o malo, si seguimos a Klein, se integrará en el objeto total, pasará a ser madre. Es todo un proceso evolutivo a través de la relación objetal.

Pero Bion acá habla de cosas muy particulares, realistas: de la relación real del objeto con el sujeto. Habla de la capacidad de *reverie* de la madre, y dice cómo puede ser esa madre. Si tiene una madre esquizofrénica, puede ser que no tenga capacidad de *reverie*, que no sepa recibir con su capacidad continente ese contenido, que no lo sepa metabolizar para devolvérselo de otra forma en elementos alfa, por ejemplo. Esa madre va a incrementar sus ansiedades paranoides, sus ansiedades destructivas, si es una madre psicótica.

Pero hay otro caso mucho más grave y particular: la madre que no sólo no devuelve la identificación

proyectiva masiva, sino que le roba la significación. El niño tiene una ansiedad de muerte, ansiedad de morir, entonces proyecta en la madre, primer modelo de comunicación, la descarga de elementos beta: “Tengo miedo de morirme”. La madre psicótica puede no poder recibir eso, y lo devuelve tal cual. El chico puede ser un psicótico grave. Pero peor que eso es la madre que no absorbe, que recibe y le pasa de largo, no lo devuelve ni hace nada con él. Entonces le quita significación de muerte y al niño le devuelve la ansiedad sin significación, eso es lo que se llama el terror sin nombre. Es un tipo especial de madre psicótica, que le devuelve el terror sin nombre, que es el terror más absoluto.

**Doctor Dunayevich:** No tiene cualidad de hecho mental. Es pura cantidad y no puede ser ligada.

**Doctor Jaroslavsky:** Para Bion, todo proceso de pensamiento pasaría a través de la ausencia del pecho. ¿Cómo se produce?

**Doctor Picollo:** Cuando hay una preconcepción de un objeto, un objeto pecho, que es una cosa innata, el niño va en su búsqueda. Cuando se encuentra con el pecho, produce lo que se llama una realización. Esto quiere decir hacer efectivo un hecho. Cuando se encuentra con ese objeto que satisface su preconcepción, se produce lo que se llama una concepción. El niño concibe el pecho, hay una satisfacción. Pero supongamos que va con una preconcepción de pecho y no encuentra al objeto que lo satisface. Si tiene la capacidad de duda, de tolerar la frustración, de no saber, de la ambigüedad, de encontrarse con una ausencia de ese pecho, si tolera la ansiedad y tiene un yo suficientemente fuerte, va a generar un proceso de pensamiento, porque buscará los caminos de la identidad de encontrar el objeto que lo satisface. Pero es necesario que tenga una capacidad muy grande de duda y de tolerar la frustración.

**Doctor Jaroslavsky:** ¿Cómo articula Bion la representación de cosa?

**Doctor Picollo:** La representación de cosa, como tal, no es algo que Bion tome. Él habla de la cosa, pero no como representación.

**Doctor Dunayevich:** En el trabajo de Susana Dupetit, ella dice que su paciente psicótico le decía cosas para producir efectos sobre ella y para conseguir impactos, no para informar.

**Doctor Picollo:** Eso es producir un efecto en el otro, para producir cosas, para producir un efecto. Bion lo describe muy bien con un paciente que le dice: “Dígame, doctor, qué hace el ascensor cuando yo aprieto dos botones al mismo tiempo”. Por un lado, este paciente estimula a que uno piense y, por otro lado, le paraliza a uno el pensamiento y crea somnolencia. Uno está entre despierto y dormido.

Esto tiene bastante que ver con lo que yo digo sobre el lenguaje de órgano y sobre literalidad y sentido, donde la palabra hay que descentrarla de su valor simbólico, para llevarla a su valor literal, dando cuenta de su estado narcisístico.

Freud, en el capítulo VII de “Lo inconciente”, dice que el lenguaje en la esquizofrenia queda sometido al proceso primario, no al proceso secundario. Uno lo escucha como si fuera proceso verbal, proceso secundario, pensamiento secundario, y le dice cosas al paciente, quien aprende análisis y repite.

**Doctor Jaroslavsky:** El concepto de vivencia en Freud tiene que ver con el afecto, el conflicto vivenciado, ¿cómo toma Bion el afecto?

**Doctor Picollo:** Bion dice que el afecto acompaña al momento, al contenido verbal. Habla de miedo, de

terror, de ansiedad. No habla de proceso neurótico, el proceso neurótico es el que va dando cuenta de esto. Él habla de proceso psicótico. Es muy distinto. Está hablando de un proceso muy primitivo de la mente humana, habla de cosas muy primitivas.

**Doctor Jaroslavsky:** En tu trabajo, ¿hacés referencia a lenguaje de órganos?

**Doctor Picollo:** Como dice Freud, el lenguaje de órgano está referido a lo corporal; está hablando de un lenguaje de órgano y dando cuenta de un estado narcisístico alterado.

**Doctor Dunayevich:** ¿Dirías que eso es una vía o que todo lenguaje neurótico lleva esto imbuido en su desarrollo?

**Doctor Picollo:** No, yo digo que en determinados momentos del análisis, o de un paciente, o de la sesión, aparecen ciertos giros verbales que, si uno los escucha de otra manera, están dando cuenta de un estado narcisístico interior desestructurado, que su conciencia interna lo está poniendo en el campo de la palabra, y uno lo puede leer, no en su sentido simbólico sino en su sentido literal. Traducen estados interiores de desestructuración. Y generalmente el lenguaje es desafectivizado.

**Doctor Dunayevich:** En realidad, Bion trabaja con pacientes más graves que los neuróticos.

**Doctor Picollo:** Sí.

**Doctor Dunayevich:** Creo que hemos redondeado lo más importante.

<http://www.elpsicoanalisis.org.ar/numero2/picollo2.htm>

*Volver a Artículos Clínicos*  
*Volver a Newsletter ALSF 21-ex-47*