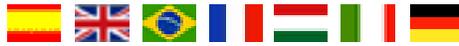


LA MEDICINA COMO MODELO.



Wilfred R. Bion

La mayoría de las personas piensan del psicoanálisis, al igual que Freud, que es un método para el tratamiento de una enfermedad. Esta se miraba como si fuera similar a un sufrimiento físico que, cuando se conoce su naturaleza, tiene que tratarse de acuerdo con las normas de la medicina. El paralelo con esta era y sigue siendo útil. Pero al desarrollarse el psicoanálisis se ha visto que difiere de la medicina física hasta tal punto que la brecha que los separa no es simplemente obvia, sino insalvable. Para muchos fines la analogía proporciona comparaciones aclaratorias y modelos que facilitan la exposición. Pero cuanto más nos adentramos en el psicoanálisis tanto más se vuelven inadecuados los modelos para definirlo, para informar acerca de él o para aplicarlo. La diferenciación ha significado que los modelos que eran esclarecedores se han vuelto opacos y con frecuencia desorientan incluso a los psicoanalistas. Veamos por qué. Podemos empezar por tratar las razones obvias y simples, aunque tampoco persistirán por mucho tiempo.

En la medicina física el paciente puede tener un dolor en el pecho que lo decide a visitar al médico. A él puede explicarle la naturaleza e historia del dolor y de él puede recibir las indicaciones para someterse a un examen posterior, digamos, a rayos X o a una microscopía o a ciertas formas de tratamiento. Por lo menos así parece; más adelante es posible que tengamos razones para cuestionar esta descripción. Por el momento nos servirá para señalar la divergencia entre la medicina física y el psicoanálisis.

Supongamos a un paciente que se queja no de un dolor físico sino mental; nadie pone en duda la existencia de la ansiedad ni ve como una incongruencia que se busque ayuda para curarla. Encontramos necesario diferenciar entre el dolor de una pierna rota y el que produce, pongamos por caso, una aflicción; a veces preferimos no hacerlo, sino cambiar el dolor mental por el físico y viceversa. El médico y el psicoanalista coinciden en considerar que la enfermedad debe ser reconocida por el primero; en psicoanálisis este reconocimiento debe producirse también por parte del paciente. El médico considera el reconocimiento del dolor como subordinado a su curación; el punto de vista del psicoanalista lo expresa el doctor Johnson en una carta a Bennet Langton: “No sé si el hecho de ver la vida como es nos proporcionará mucho consuelo; pero el que proviene de la verdad, si lo hay, es sólido y duradero, al tiempo que el que se deriva del error debe ser, como su original, falaz y fugitivo”.

El punto que demuestra la divergencia con mayor claridad es que el médico depende de la comprobación de la experiencia sensorial, en contraste con el psicoanalista, cuya dependencia existe en relación con una experiencia no sensorial. El médico puede ver, tocar y oler. Las comprobaciones con las que trata un psicoanalista no pueden verse o tocarse; la ansiedad no tiene forma ni color, sonido ni olor. Por conveniencia, propongo utilizar el término “intuir” como paralelo, en el dominio del psicoanalista, al uso de “ver”, “tocar”, “oler” y “oír”, por parte del médico.

Daré ahora tres formulaciones diferentes del mismo episodio registrado en el psicoanálisis de una mujer. Podría servir fácilmente para demostrar el problema de comunicación y publicación que enfrenta el psicoanalista.

La paciente hizo una asociación para expresar, si bien de manera disfrazada, su hostilidad hacia los padres, cuyas relaciones entre sí representa como las que se dan entre un rufián y una prostituta. Aun intentó obtener una respuesta tal del analista que resultaría equivocada cualquiera que fuese la faceta de asociación multidimensional que éste eligiera para la interpretación. Podría “probarse” que el hecho de elegir la dimensión y la interpretación reflejaría más al analista que al analizado; aquél podría dudar con impotencia ante el caudal de alternativas que le presentan.

Una versión, empleando las más recónditas formulaciones intuitivas kleinianas desde el punto de vista psicoanalítico, sería: el paciente estaba dirigiendo un ataque contra la potencia psicoanalítica del analista; el “proyectil” era la asociación, que por eso debe ser considerada como un objeto de la categoría A6 de la tabla¹. Las características de la asociación consisten, o bien en someter la intuición del analista a una escisión a causa de su incapacidad para formular expresiones simultáneas de diversas y hasta incompatibles interpretaciones, o bien en tener capacidad para compulsarlo, por la necesidad de actuar, a adoptar un punto de vista moral para la interpretación a causa de que la posición científica implica “escindirse” entre interpretaciones alternativas. La estrecha relación entre las actitudes morales y la acción, en oposición con el pensamiento o la meditación, se investigará más adelante. El primer problema es elegir qué interpretación dar. Todos y cada uno de los muchos aspectos de la exposición del paciente deben tenerse en cuenta, antes que nada. Puede considerarse como una afirmación o como una transformación; con dimensiones o aspectos múltiples, puede representarse por medio de una imagen visual de una figura en la cual se encuentran muchos planos o en la cual muchas líneas pasan por un punto común. Puedo representármelo mediante la imagen visual de un cuerpo geométrico con un número infinito de caras. Depende de una comprobación de la experiencia sensorial derivada del espacio. El intento de exteriorizar la imagen visual se restringe como si la representación por líneas y puntos fuera ella misma un “espacio” demasiado restringido para “contener” la imagen visual: por eso tiene longitud mientras que la imagen visual mental de una línea o de un punto no la tiene.

La identificación proyectiva ha sido formulada hasta ahora en términos derivados de una concepción de la idea ordinaria del hombre (o de la mujer) del espacio tridimensional. Las formulaciones kleinianas habituales dependen de una imagen visual de un espacio que contiene todo tipo de objetos. En ellos se supone que los pacientes proyectan partes de su personalidad que han escindido. Melanie Klein, que descubrió este mecanismo, considera que puede observarse en los pacientes psicóticos y en los que están al borde de la psicosis. Más tarde ella y sus colaboradores consideran que la teoría tenía una aplicación más amplia y que podían detectarse concepciones semejantes en personalidades neuróticas y normales. La investigadora destacó el grado de fragmentación y la distancia a la cual fueron proyectados los fragmentos como un factor determinante en el grado de alteración mental que el paciente desplegabá en su contacto con la realidad. Estoy de acuerdo con este punto de vista; al aumentar mi práctica con pacientes perturbados se hizo evidente que se necesita una formulación más rigurosa de la teoría si se quiere que la interpretación del analista salve la distancia entre representación y concepción. Las circunstancias bosquejadas en *Learning from experience* y en *Elements of psycho-analysis* me lo hicieron ver claro. Debo recapitular brevemente algo de lo que escribí entonces y volví a tratar más tarde en *Transformations*.

Hay pacientes cuyo contacto con la realidad presenta mayores dificultades cuando esa realidad es su propio estado mental. Por ejemplo, un niño descubre su mano; podría haber descubierto también su dolor de estómago, su sentimiento de miedo o de ansiedad, o su sufrimiento mental. En la mayoría de las personalidades comunes esto es cierto, pero existen personas que toleran tan poco el dolor o la frustración (o para las cuales el dolor y la frustración son tan intolerables) que sienten el dolor, pero no desean sufrirlo y por eso no puede decirse que lo descubren. Qué es lo que no quieren sufrir o descubrir tenemos que conjeturarlo a partir de lo que aprendemos de los pacientes que sí se lo permiten. El paciente que no quiere sufrir dolor deja de “sufrir” placer y esto le resta el estímulo que de otra forma podría recibir de un alivio accidental o intrínseco. Allí donde un paciente entendería que una palabra señala una conjunción constante, la experimenta como algo que no está allí, y lo que no está allí, como lo que está allí, es indistinguible de una alucinación. A causa de que el término “alucinación” tiene una penumbra de asociaciones que podría ser inadecuada, he llamado a estos objetos elementos beta.

Las descripciones de cómo estos objetos se le aparecen al paciente y de cómo se me aparecen a mí están pensadas para favorecer la comprensión del lector, pero no tienen rigor suficiente para que se las utilice en la práctica. Las formulaciones tienen el status de elementos en la categoría C de la tabla.

Supongamos que el paciente es capaz de tolerar la frustración y el dolor: su historia diferirá en importantes aspectos de la que hemos visto. Para él el nombre representa una “no-cosa”, pero su capacidad de tolerancia le permite observar una conjunción constante, unirla con un nombre o utilizarla cuando ya ha sido nombrada. El paciente A, como ahora llamaré también al intolerante, tiene entonces a su disposición elementos beta u objetos fantásticos y su caso difiere en este aspecto del paciente B, como ahora llamo al segundo, que puede

tolerar y por lo tanto nombrar (incluso si el nombre no es más que un gruñido o un aullido) una conjunción constante, y de ese modo investigar su significado. Tanto si el elemento beta o el objeto fantástico debe clasificarse o no como pensamiento, es una cuestión de utilidad científica que puede determinarse más adelante. Yo sugiero, con carácter provisorio, que todos los elementos beta se distingan de los que están presentes en los procesos mentales del paciente B, considerando que los últimos son pensamientos y los primeros no. A los elementos más primitivos del pensamiento desde el punto de vista genético los agruparé como elementos alfa, distinguiéndolos de los elementos beta.

Usaré ahora los conceptos geométricos de líneas, puntos y espacios (como derivado originalmente no de la realización en un espacio tridimensional sino de las realizaciones de la vida mental emocional) como reintegrables a la región de la cual considero que han surgido. Es decir, si el concepto de espacio del geómetra deriva de una experiencia “del lugar donde estaba algo”, se debe volver a iluminar la región donde, en mi experiencia, es significativo decir que “un sentimiento de depresión” es “el lugar donde estaba un pecho u otro objeto perdido” y que el “espacio” está “dónde la depresión, o alguna otra emoción, solía estar”.

Yo he señalado que este espacio, estos puntos y estas líneas difieren en una importante proporción, es decir, que en el dominio de las imágenes visuales mentales un número infinito de líneas puede pasar por un punto, pero si intento representar esta imagen visual por medio de un punto y líneas trazados en un papel, sólo habría posibilidad de trazar un número finito de ellas. Esta cualidad limitada es inherente a todas las realizaciones del espacio tridimensional que se asemejan a los puntos, a las líneas y al espacio del geómetra, pero no al espacio mental hasta que se intenta representar éste por medio del pensamiento verbal. En estos términos estoy postulando el espacio mental como una cosa-en-sí que es incognoscible, pero que puede representarse por medio de pensamientos. En el pensamiento incluyo todo lo que es primitivo, incluso elementos alfa tales como los he descrito hasta ahora. Excluyo, arbitrariamente por definición, los elementos beta. Los pensamientos pueden clasificarse con las realizaciones de todos los objetos que se aproximan a las representaciones del espacio tridimensional en este particular: son intolerables para el paciente A porque comparten la frustrante cualidad de todas las realizaciones. Sin embargo, para el “hombre común”, los pensamientos no tienen este carácter restrictivo hasta que es necesario aplicarlos al material preverbal. El material puede ser preverbal a causa de que la persona que busca verbalizarlo no ha tenido suficiente experiencia de él para observar una conjunción constante. Se encuentra en un estado análogo al observado en un número de configuraciones similares tales como: tener dolor sin sufrirlo, la incomprensión del movimiento planetario porque el cálculo diferencial no ha sido inventado, no ser consciente de un fenómeno mental porque ha sido reprimido, no tener conocimiento de un suceso porque no ha ocurrido.

En estas situaciones los problemas asociados requieren que se los piense para dar con su solución. En todas el pensamiento es restrictivo y puede experimentarse directamente como tal tan pronto como una intuición requiere representación para la comunicación privada. Puesto que el pensamiento libera a la intuición, hay un conflicto entre el impulso a dejarla inexpresada y el impulso a expresarla. El elemento restrictivo de la representación, por lo tanto, interfiere en la transformación $T\alpha \rightarrow T\beta$ del material preverbal. Un hombre logra la transformación; el otro, que no puede tolerar la restricción, no lo hace. Entonces está privado de la liberación que le daría el pensamiento si él fuera capaz de tolerarlo. La irrupción del principio de realidad se pone así en peligro. En mi definición del pensamiento, el segundo hombre no generará elementos alfa y no será capaz de pensar. Cualquier sustituto que encuentra para el pensamiento no se puede clasificar como tal. Cuando trate la verbalización psicótica consideraré de nuevo este punto.

La falta de la función alfa, que debe producir elementos alfa, implica la ausencia de imágenes visuales mentales de puntos, líneas y espacios. Por eso el paciente A carece del equipamiento que lo podría ayudar a delinear la realización del espacio mental. Su posición es análoga a la del geómetra que tuvo que esperar la invención de las coordenadas para poder elaborar la geometría algebraica.

Consideremos ahora al paciente enfrentado a una experiencia en la cual el paciente B recurriría a una identificación proyectiva como la bosquejada por Melanie Klein. El carácter restrictivo de la realidad y la dependencia de la identificación proyectiva sobre el reconocimiento de objetos evita la proyección de partes de la personalidad porque no hay ninguna concepción de continentes en los cuales podría tener lugar la proyección. Por eso se siente que la proyección explosiva tiene lugar en lo que para el analista es la realización del espacio mental: un espacio

mental que no tiene imágenes visuales que cumplan las funciones de un sistema coordinado, ya se trate del “cuerpo facetado” o de la figura multidimensional multilínea de líneas que se interceptan en un punto. Por lo tanto, la realización mental del espacio se siente como una inmensidad tal que no puede representarse ni siquiera por medio del espacio astronómico, porque no hay ninguna posibilidad al respecto.

Paradójicamente esta explosión es tan violenta y trae aparejado un miedo tan inmenso -al que nos referimos de aquí en adelante como miedo o pánico psicótico- que el paciente puede expresarlo por un silencio total y repentino (como para alejarse cuanto sea posible de una explosión devastadora).

El estado siguiente puede expresarse con mayor facilidad tomando como modelo el shock quirúrgico en el cual la dilatación de los vasos capilares en todo el cuerpo aumenta de tal modo el espacio en el que la sangre puede circular que el paciente puede desangrarse en sus propios tejidos. El espacio mental es tan vasto en comparación con cualquier realización de espacio tridimensional que se siente como si se perdiera la capacidad emotiva del paciente porque la emoción en sí misma parece agotarse y perderse en la inmensidad. Entonces lo que puede aparecer ante el observador como pensamientos, imágenes visuales y verbalizaciones, debe tomarlo como restos remanentes o fragmentos de un discurso imitado y de una emoción histriónica sintética que flotan en un espacio tan vasto que sus confines, tanto temporales como espaciales, están sin delimitar. Los sucesos de un análisis, extendidos a lo largo de lo que para el analista son varios años, no son para A sino los fragmentos de un momento disperso en el espacio. La distancia temporal que separa una afirmación de la otra puede tomarse como medida de la distancia espacial de un elemento del otro en la que todos son contemporáneos. Por eso A dice que no podía comprar helado (no ice-cream). Seis meses más tarde notifica que no puede todavía comprar helado (no ice-cream). Tres días después dice que llegó muy tarde para comprar helado (ice-cream): ya no quedaba. Dos años más tarde dice que supone que no hay helado (no ice-cream). Si hubiera yo sabido, cuando se mencionó por vez primera el asunto, lo que sé ahora, podría haber señalado el tiempo y el lugar de la referencia, pero no lo sabía y por consiguiente no pude prestar atención a esta afirmación o señalarla. Cuando lo hice fue a causa del tema intruso “yo grito” (I scream). Fue todavía más tarde cuando me di cuenta del significado de “no hay helado” (no-I scream). En este momento sólo podría hacer una muy vaga referencia a las presentaciones previas del material. Por la manera en que se produjo, esta dificultad parecía no tener importancia y yo hice mi interpretación. Con todo, me sentiría más feliz si pensara que mi aumento de experiencia podría conducir a una observación y uso del material más tempranos. Ahora sé que se desató un violento ataque contra una relación en la cual el nexo entre las dos personalidades había sido “yo grito” (I scream). Esto se había destruido y el lugar del nexo (I scream) había sido ocupado por un “no-yo grito” (no-I scream). El nexo “I scream” (yo grito) en sí había sido previamente comida, ice-cream (helado), un “pecho”, hasta que la envidia y la destructividad hubieron transformado el pecho bueno en un “I scream” (yo grito). Hiriéndolo en forma narrativa: el paciente había estado ligado a su objeto por un pecho bueno (le gustaba el ice-cream [helado]). Es posible que él haya atacado al pecho, que lo haya mordido en realidad. El lugar del pecho como nexo fue tomado entonces por un “I scream” (yo grito). Ataques posteriores lo convirtieron en un “no-I scream” (no yo grito). La destrucción del nexo por explosión tuvo lugar ahora en el dominio de la realización mental. Debido a la infinitud del espacio mental, los fragmentos del nexo se dispersaron instantáneamente. La “distancia” entre un fragmento y otro se mide en tiempo.²

Debe mostrársele al paciente la evidencia sobre la que se basa la interpretación; si la evidencia se halla dispersa a lo largo de varios años de actuación (*acting-out*), el problema de interpretación reviste serias proporciones, porque el medio en el cual efectúa el paciente su transformación no es predominantemente la lengua coloquial sino la actuación. El análisis puede considerarse como un momento en el tiempo, prolongado de modo que se convierte en una línea o una superficie extendida a lo largo de una cantidad de años: una membrana extremadamente delgada de un momento. Contemplado así, el análisis total puede verse como una transformación en la cual ha ocurrido una intensa y catastrófica explosión emocional O (elementos de personalidad, nexo y segunda personalidad han sido expelidos instantáneamente a vastas distancias de su punto de partida y unos de los otros). Este explosivo suceso O se transforma entonces en el medio de actuación, y, por virtud de los elementos beta, en $Tp\beta$, en el cual el espacio, que es restrictivo y no está sujeto a una formulación adecuada de distancia entre los elementos beta, se reemplaza por la realización correspondiente al tiempo. Aunque no hay ninguna representación del espacio mental a la disposición del paciente y la realización del espacio tridimensional es demasiado restrictiva para un temperamento que

no tolere la frustración, la realización del espacio mental, en cuanto es ilimitado, permite una continua y constante expansión y separación de los elementos beta. Para la investigación de este estado mental el paciente no puede, pero sí el analista, emplear puntos, líneas y espacios. El geómetra los ha utilizado para la investigación del espacio tridimensional y, mediante la sustitución de la geometría algebraica por la figurativa de Euclides, ha sido capaz de extenderla al espacio multidimensional y deja el espacio euclidiano para que se lo utilice en la preparación psicológica para las geometrías no euclidianas de las que disponemos ahora. ¿Podemos nosotros del mismo modo utilizar los conceptos de la geometría euclidiana para volver a las realizaciones emocionales a partir de las cuales yo creo que surgió originalmente? Se necesita una formulación tan general que obvie una multiplicación de teorías para enfrentar una diversidad de realizaciones que muestran la misma configuración, pero tan precisa que no abarque otras cuya similitud es sólo aparente, o cuya apariencia de similitud se debe a una irrelevante fantasía visual de categoría C.

La imposibilidad de comunicarse sin frustraciones resulta tan familiar que se olvida la naturaleza de la frustración. La mayoría de las personas son conscientes de ello como de un fenómeno pasajero que se experimenta en relativamente pocas ocasiones. En la labor psicoanalítica los problemas interfieren con más frecuencia porque el sujeto es novel y sus dificultades son desconocidas; las dificultades se hacen todavía más notorias cuando el material a comunicar es preverbal o no verbal. El psicoanalista puede utilizar silencios; él, como el pintor o el músico, puede comunicar material no verbal. Del mismo modo, el pintor puede comunicar material no visual y el músico material no audible. El material preverbal que el psicoanalista debe tratar constituye, por cierto, una muestra de la dificultad de comunicarse que aquél experimenta. La posibilidad de usar puntos, líneas y espacios resulta importante para la comprensión del “espacio emocional”, para la continuidad del trabajo y para evitar una situación en la cual dos personalidades desarticuladas se muestran incapaces de liberarse de la esclavitud de la desarticulación. Esta relación estéril para ambas partes proporciona un modelo para algunas relaciones internas del sí mismo. Cuando el sí mismo establece relaciones de este tipo, tanto el continente, como el contenido deben destruirse. Por último, el individuo no puede contener impulsos apropiados para con un compañero, ni éste para con el grupo. El problema psicoanalítico es el problema del desarrollo y de su resolución armónica en la relación entre el continente y el contenido, repetida a nivel individual, de pares y, finalmente, de grupo (de un modo intra y extrapsíquico).

Cualquier hipótesis definitoria, ya sea que se trate de una exclamación, un nombre, un sistema teórico, o una exposición extensa, un libro, por ejemplo, tiene, y siempre se reconoció así, una función negativa. Siempre debe implicar que algo es y, al mismo tiempo, que algo no es. Por lo tanto, deja abierta al receptor la posibilidad de inferir uno u otro aspecto según su temperamento. Si la personalidad es incapaz de tolerar la frustración, no parece haber ningún motivo para que no llegue a la conclusión de que la hipótesis definitoria significa que algo es.

Se permite, entonces, que la afirmación se convierta en una preconcepción y se deja abierta la posibilidad para que se sature el elemento no saturado. Pero supongamos que la incapacidad para tolerar la frustración sea “excesiva”: la personalidad puede reaccionar contra la afirmación viendo tan sólo sus implicaciones negativas y, en un caso extremo, negándose a admitir que la afirmación que para él es una “nada” exista siquiera. Se trata entonces de anularla en su función de hipótesis definitoria. Puede servir como ejemplo el niño que no puede tolerar el destete porque lo domina la pérdida del pecho, y por consiguiente, no puede aceptar lo que podría tener a cambio de él. El paciente no puede tolerar la hipótesis definitoria y, por lo tanto, no lleva a cabo la preconcepción (D4).

El conocimiento de la pérdida, del aspecto negativo de la definición, del “pensamiento” como una “no-cosa”, es inmediato; el conocimiento de la ganancia, si es que la hay, debe esperar los resultados de permitir que el pensamiento u otra afirmación se conviertan en una preconcepción (Ψ (ξ)). Es decir, que la incapacidad “excesiva” para tolerar la frustración puede llegar a impedir el desarrollo de la preconcepción (funciones D4). Es posible que la intolerancia “excesiva” impida tomar conciencia de las realizaciones. La “no-cosa” con su realización correspondiente (de algún objeto no presente) es pasible de destrucción, mientras que la “alucinación” resultará favorecida por su proximidad. Otra manera de formular esto consiste en decir que se siente que el dominio de las realizaciones y todo lo que podría representarlas no proporciona “espacio” suficiente para la libertad, mientras que el dominio de la alucinación sí lo hace. Al pasar, debo llamar la atención sobre el hecho de que tanto la pérdida en la hipótesis definitoria como el sentido de la gratificación en la alucinación dependen de un alcance mental restringido. En ambos casos podría decirse que la reacción, de intolerancia en uno, de gratificación en el otro, se asocia con

una “visión” miope. En consecuencia, no se considera que el pensamiento ofrece libertad para el desarrollo, sino que se lo percibe como una restricción; por el contrario, el *acting-out* parece producir una sensación de libertad. A fortiori una alucinación está destinada por su cualidad de cosa en sí (no el pensamiento del pecho sino el pecho mismo) a ser indistinguible de la libertad. Puede entenderse, entonces, que el paciente enfrenta una elección: o bien permite que su incapacidad para soportar la frustración utilice lo que de otro modo podría ser una “no-cosa” como pensamiento y logra así la libertad que describe Freud (1911), o bien utiliza lo que podría ser una “no-cosa” como base de un sistema de alucinosis.

De este último surgirá el conjunto de transformaciones de la alucinosis que es necesario diferenciar de las transformaciones de la pintura, la música, la matemática y el dominio de la comunicación verbal. La importancia de esta última distinción aumenta por el hecho de que las palabras se utilizan tanto en la expresión de la comunicación verbal como en las transformaciones en alucinosis. Sin embargo, la consideración de la naturaleza de las distintas reacciones ante la “no-cosa” mostrará que la palabra que representa a un pensamiento no es igual a la palabra idéntica cuando representa a una alucinación. Puesto que puede existir una similitud muy estrecha entre las palabras empleadas en los dos sistemas y, a veces, en el método mediante el cual parecen combinarse, es importante descubrir en qué consiste la diferencia. La diferencia entre la filosofía (e incluso el psicoanálisis teórico) y la práctica del psicoanálisis puede observarse al considerar lo que el descubrimiento de esta diferencia significa para el filósofo o el teórico y lo que significa para el psicoanalista en ejercicio que se ve obligado a decidir en la propia situación emocional si las afirmaciones del paciente representan una alucinación o un hecho de la realidad exterior. Por este motivo el psicoanalista debe poseer experiencia relacionada con las realidades no-sensoriales y debe ser capaz de ignorar la experiencia sensorialmente derivada cuando se presenta formada en la memoria. La palabra “perro” representa realizaciones distintas en la investigación científica y en la alucinosis; pero la palabra “perro” en sí no es la misma cuando representa una realización en la investigación científica y un elemento perteneciente al dominio de las transformaciones alucinatorias. A veces resulta útil considerarlo análogo al de la imagen visual en una perspectiva reversible. En la imagen visual los trazos de un dibujo sobre el papel permanecen inalterados pero “significan” ya dos caras, ya un florero; del mismo modo “dog” (perro) puede significar perro o Dios (God), por ejemplo. En las transformaciones no psicóticas lo invariable es insignificante: el parecido con el discurso ordinario, el hecho de que la palabra sea idéntica en la transformación psicótica como en la no psicótica es accidental.

Todas las modalidades de comunicación, verbales, musicales, artísticas, concuerdan sólo de una manera muy aproximada con las realizaciones a las que parecen representar. Por equivocación se puede considerar la alucinación como una representación y, por consiguiente, impropia para algunas actividades. Puesto que las transformaciones verbales, musicales y artísticas poseen valores compensatorios que surgen de su carácter de transformaciones de O, es natural considerar una posibilidad similar con la alucinosis. Pero las alucinaciones no son representaciones: son cosas en sí mismas nacidas de la intolerancia de la frustración y del deseo. Sus defectos no se deben a su incapacidad para representar sino a su incapacidad para ser. Por lo tanto resulta necesario que consideremos la diferencia entre la realidad psíquica y la realidad externa.

Como mi interés primordial consiste en la formulación de una teoría, los ejemplos que expondré a continuación van a modo de formulaciones C, no como registros de experiencia clínica. Mi intención es aproximarme a una presentación teórica más rigurosa, es decir, menos expuesta a malas interpretaciones debidas, ya a defectos lógicos, ya a un exceso de flexibilidad por tratar de representar configuraciones diferentes de las mismas estructuras y funciones fundamentales, ya a su incapacidad, debida a exceso de rigidez, para representar realizaciones en las cuales los elementos fundamentales son invariables pero los accidentales son diversos. Estos ejemplos son elementos de la categoría C empleados como preparación para formulaciones teóricas que pueden sustentarse por sí mismas: el lector debe considerar “estos ejemplos” como apoyos psicológicos para entender con propiedad las teorías. Desde este punto hasta el final del capítulo representaremos las experiencias emocionales mediante formulaciones C.

1. Los pacientes, para cuyo tratamiento deseo formular teorías, experimentan dolor, pero no sufrimiento. Puede que sufran a los ojos del analista porque éste puede, y realmente debe sufrir. El paciente puede decir que sufre, pero esto sólo se debe a que no sabe lo que es sufrir y confunde el hecho de sentir dolor con el sufrimiento del dolor. La teoría deberá necesariamente representar la realización en la cual esto es posible y mostrar cómo sucede. La intensidad del dolor que experimenta el paciente acrecienta su temor a sufrirlo.

2. El sufrimiento del dolor implica respeto por el motivo del dolor, sea propio o ajeno. Al carecer de este respeto no lo tiene tampoco por ningún procedimiento que, como el psicoanálisis, tenga que ver con la existencia del dolor.
3. La frustración y el dolor intenso se identifican.
4. El dolor se sexualiza; por lo tanto, se inflige o se acepta, pero no se sufre (excepto a los ojos del analista o de otro observador).
5. A los fines de esta exposición, la siguiente asociación se describe de una manera narrativa, los elementos componen una secuencia y se conectan en una cadena de causalidad. La realización de la conjunción constante no tiene ningún elemento que se aproxime a los elementos secuenciales o causales de la narración que los representa. Estos rasgos sólo pertenecen a la representación de la categoría C, no a la de realización que representan. El paciente siente el dolor que le causa la falta de cumplimiento de sus deseos. La falta de cumplimiento se experimenta como una “no-cosa”. La emoción suscitada por la “no-cosa” se siente como indiferenciada de la “no-cosa”. La “no-emoción” reemplaza a la emoción. En la práctica, esto no puede significar sentimiento alguno, o una emoción, tal como la ira, que pertenece al tipo de la columna 2, es decir, una emoción en la cual la función fundamental es la negación de otra emoción.
6. Como elemento de la columna 2, toda emoción sentida es una “no-emoción”. En este aspecto es análogo al “pasado” o “futuro” como representación del “lugar donde el presente solía estar” antes de que el tiempo fuera anulado.
7. De una manera similar se anula el “lugar” donde existía el tiempo (o un sentimiento, o una “nada” de cualquier tipo). He ahí creado, entonces, un dominio de lo no-existente. Aunque no he llegado nunca a una comprobación que corresponda a un estado tal, puedo imaginar un estupor tan intenso que podría parecer que así ha ocurrido. Con todo resulta útil postularlo, en parte porque hay ocasiones en que conviene suponer que el paciente sustenta esa creencia, y en parte, porque es conveniente para el analista. Como se verá, los significados no elaborados se refugian en el estado relativamente falto de significado del término “no-existente” como categoría E1. Algunos de los pacientes con los que tengo cierta familiaridad logran un estado al que quiero aplicar el término “no-existencia”, a lo sumo por algunos momentos; a esto sigue una externalización o evacuación de “no-existencia”. Esta se convierte de inmediato en un objeto inmensamente hostil y lleno de una envidia asesina por la calidad o función de existencia dondequiera que se halle. El “espacio”, ya como una representación, ya como una realización de la que el término se deriva o a la que representa, se vuelve terrorífico o se convierte en el terror mismo: “*Le silence de ees espaces infinis m’effraie*”. El espacio del hombre común, del astrónomo o del físico se confunde con el “espacio mental”, y sus objetos con los objetos del “espacio mental”.
8. La aproximación científica o elaborada tiende a confundirse con las realizaciones para cuya representación se aplican sus formulaciones. Se considera al punto (.) y a la línea (—) como si fueran análogos a las representaciones de una perspectiva reversible. Su significación varía, por lo tanto, de acuerdo con el punto de vista (o vértice) con el que se los asocia. Los vértices pueden tener como realizaciones aproximadas distintas disciplinas reconocidas, tales como religión, matemática, física, música, pintura y otras artes. Las formulaciones asociadas con un vértice particular pueden clasificarse según la tabla.
9. El ejemplo siguiente tiene como fin facilitar el acceso a una representación más rigurosa de “puntos de vista” o vértices. El paciente corresponde a la personalidad A; el analista, a la B. El intercambio analítico descrito se encuentra en una etapa avanzada en el análisis, en el sentido de que el paciente, que se encontraba perturbado en extremo, se ha ido adaptando a lo que el psicoanalista considera que es la realidad. Del mismo modo, el psicoanalista ha logrado adaptarse mejor a lo que el paciente considera que es la realidad. “En algún lugar” se halla presente un “superyó” que es cruel, desprovisto de todas las características que por lo general se asocian con él, y, por fin, de la “existencia” misma. Por lo tanto, posee las características de la “no-existencia” ya descrita en el apartado número 7. Empleo el término “superyó” como una teoría intuitiva psicoanalítica, ahora con el status de una realización, que yo deseo reformular en función de otra teoría intuitiva.

El paciente habla con libertad, pero sus comunicaciones consisten en oraciones inconexas que en cualquier ámbito ajeno al psicoanálisis serían descriptas como “incoherentes”. Un término semejante no resulta lo bastante esclarecedor como para conducir a una interpretación psicoanalítica; pero el “vértice” (el “punto de vista” resultante de la consideración del análisis como una conversación corriente) me proporciona un término descriptivo adecuado para el propósito inmediato. Por su falta de propiedad para continuar la discusión psicoanalítica, el término “incoherencia” debe ser considerado con una actitud más crítica.

A medida que pasa el tiempo -y a veces son necesarios muchos meses de observación- la “incoherencia” manifiesta características que cambian de una manera constante. En un ataque de impaciencia el analizado puede describirlas como insustanciales, y tal vez lo sean, ya que en realidad las oraciones pueden comunicarlo todo excepto la esencia. El paciente mutila algunas frases. Emplea pronombres personales de modo que no se conoce a qué personas éstos se refieren. Omite partes importantes del discurso, y así sucesivamente. Las mutilaciones difieren por su forma y efectos. No siempre privan de sentido a las frases, aunque a veces la “falta de sentido” es su “sentido”. Este tipo de peculiaridad es sólo una manifestación de ataques a la articulación, siendo el vínculo la técnica del psicoanálisis, y también, el propio discurso articulado. Mi interés inmediato no son los ataques a la articulación sino un aspecto de la transformación (Bion, 1965). El paciente, que se ha provisto de una serie de afirmaciones, escucha la interpretación y luego continúa, según todas las apariencias, del mismo modo. Una observación más extensa revela que en realidad se ha producido un cambio. Si mi interpretación intentaba mostrarle que estaba hablando más para esconder que para revelar algo relacionado con su vida sexual, él se identificará con un “punto de vista” (un “vértice”) tal que sólo se esclarezcan ciertos elementos de mi interpretación. De este modo imita al matemático cuya fórmula lleva a cabo una transformación en un espacio vertical. Representaré lo que sucede mediante un modelo de movimiento lento:

El paciente comprende la substancia de lo que digo. La totalidad de la afirmación, incluida la implicación de que soy el analista, es evacuada (el mecanismo representado por la teoría de identificación proyectiva). Se identifica con el analista y en virtud de su intuición puede “ver” el significado de mi interpretación. El significado que él “ve” entonces es que estoy enojado, celoso, envidioso, a causa de mi exclusión de participar en su vida sexual o de comprenderla. Entonces exclama: “¡Qué ruido terrible!”.

Su observación, sin la historia interpolada, aparece como un *non sequitur*; si el relato dado se toma como representación de los hechos mentales no expresados en el intervalo entre la interpretación y la respuesta, la incoherencia desaparece. Se pueden hacer muchas suposiciones acerca del vínculo entre la interpretación y la respuesta. Una serie supone que debe ser compatible con el respeto por la verdad; otra, que debería conformarse de acuerdo con el respeto por la omnisciencia; una tercera, que debe ser compatible con ambos. En la preconcepción resulta determinante el rol del deseo.

En este episodio están presentes algunos de los rasgos no satisfactorios sobre los cuales desearía llamar la atención. No hay evidencia para sustentar la suposición particular formulada. Lograrlo implicaría la ímproba tarea de explicar la historia de mi evolución mental, o al menos la parte limitada de ésta compartida con el paciente que ha llevado a sumar “deseos” a las creencias originales (categoría C1 de la tabla) de que mi analizado era mi paciente.

Además he empleado términos, “omnisciente” es uno de ellos, que representan evoluciones similares de significado para que el término se convirtiera en la premisa de posteriores desarrollos. “Omnisciente” es, por lo tanto, un elemento perteneciente a las categorías C3 y D4.

El paciente puede clasificar las mismas afirmaciones de un modo totalmente diferente, tal como se desprende de la descripción que yo hice de su interpretación de mi interpretación. Para enfrentar esta dificultad propongo construir una figura que sirva para representar los aspectos invariables de una situación siempre cambiante.

A modo de preparación psicológica para la recepción de un sistema independiente de las situaciones particulares para las que se pretende que sirva, haré uso de descripciones que carecen de rigor, pero tienen definición. Esto lleva a una falta de flexibilidad en la formulación final en la que se trata de combinar la flexibilidad y el rigor. Puede considerarse que el sistema está contenido en un espacio emocional que está dentro de él mismo: un “exoesqueleto” o un “endoesqueleto”.

Para construir esto diferencio una conciencia de la realidad, de una negación, o de un ignorarla, o de una

ignorancia de aquélla. A ignorará la realidad; B la aceptará. Con el vértice A, la realidad será restrictiva y frustrante; con el vértice B, será liberadora y conducirá al desarrollo.

Además, supongo una aproximación axiomática en todas las formulaciones teóricas; las afirmaciones axiomáticas no se diferencian de los postulados y de las premisas: están tratados como si fueran indiferenciables unos de otros y de las hipótesis definitorias. Las hipótesis definitorias son afirmaciones que dan el vínculo de una conjunción constante, cualquiera que sea el contenido de la formulación. Considero que cualquier teorema es apto para uno de los usos del eje horizontal. Pero cuando una columna 1 \rightarrow en columna 3 y 4, significa que la categoría ha cambiado a la fila D. Cualquier teorema puede esclarecer los hechos que no estaba destinado a mostrar, pero, a la inversa, cualquier sistema deductivo, tan pronto como se use, parecerá acumular significado de una manera análoga a la preconcepción y, al hacerlo, parecerá requerir axiomas que no fueron necesarios para completar el sistema.

Cualquier sistema deductivo puede parecer consistente en sí mismo siempre que se mantenga definitorio, es decir, con características que lo califiquen como perteneciente a la columna 1. Las deducciones pueden parecer consistentes y lógicamente necesarias mientras no se pregunte “¿necesarias para qué?” o “¿para quién?”. Pero, si se dice de ellas que son lógicamente necesarias, esto es en sí mismo una afirmación relativa al sistema y no se la puede refutar a menos que se la use. Pero si se permite realmente que se sature, es decir, si se la usa como una preconcepción, entonces la preconcepción se combina con la realización para producir una concepción (E) y una vez más para producir un concepto (F). La concepción (E) tiene como característica no sólo que registra por implicación (existe una realización que se aproxima a la preconcepción) sino también que existe una realización que se aproxima a la concepción, aunque su existencia no se conocía aun cuando se formuló la preconcepción. No bien el sistema deductivo demuestra su valor como instrumento de investigación, peligra la autocoherencia, que parecía existir cuando el dominio en el que se aplicaba el sistema era limitado, pues se hacen necesarios ciertos ajustes para adecuar el teorema a su dominio ampliado. Puesto que el sistema arroja luz sobre hechos cuya significación era desconocida (los elementos de la posición paranoica-esquizoide) y de ese modo hace peligrar su autocoherencia, se despoja de las limitaciones del dominio en el cual se aplica. Se aproxima a la ilimitación y a la universalidad. Puede expresarse el dilema de este modo: si el sistema tiene coherencia interna, es limitado; si no es limitado, entonces no se lo puede considerar autocoherente, puesto que su autocoherencia es contingente. Más aún, puede parecer que sus formulaciones dependen de una formulación axiomática cuya existencia ni siquiera se sospechaba, y mucho menos se la consideraba lógicamente necesaria, cuando se formuló el sistema y se hallaba en el mismo estado que todas las categorías de la columna 1.

REFERENCIA:

La medicina como modelo, en: “Atención e Interpretación”, Wilfred Bion, Cap. II, pp. 13-28, Ed. Paidós, B. Aires, Argentina, 1974.

NOTA:

2) El autor usa los siguientes signos:

T — Transformación

T α — Punto a partir del cual empieza la transformación

T β — Punto en el cual se presume que la transformación se completa

Ta — Transformación del psicoanalista

Tp — Transformación del analizado

O — La experiencia (la cosa en sí)

Volver a Artículos Clínicos
Volver a Newsletter 12-ex-66

NOTAS:

- 1.- Considerar la TABLA de Bion. (Recursos Terapéuticos N.º 2. La Tabla de WR Bion) <http://www.alsf-chile.org/Indepsi/Recursos-Terapeuticos/Recursos-Terapeuticos-2-La-Tabla-de-W-R-Bion.pdf>
- 2.- Este relato es un ejemplo del empleo de $T\rho\beta$ con mi TaO y del paso de $Ta\alpha$ a $Ta\beta$. $Ta\beta$ es mi intento de reconstruir $T\rho O$, $T\rho\alpha$ y $T\rho\beta$. Cuando se llega a este grado de comunicación privada, el problema consiste en hacerla pública: en formularla en lenguaje corriente, que el paciente pueda comprender (véase Bion. 1965).