

WILFRED BION

RECONSIDERANDO

Traducido por Rodrigo A. Gómez M.

(Pp. 23-35)

3 Notas sobre la Teoría de la Esquizofrenia ¹

A. Introducción

34. En este artículo discutiré el uso del lenguaje del esquizofrénico y la producción de este en la teoría y práctica del psicoanálisis. En una fecha posterior reconoceré mi deuda a, y discutiré las posturas de, los psicoanalistas que han contribuido al crecimiento de mis propios puntos de vista. No puedo hacerlo ahora, pero debo aclarar para el mejor entendimiento de lo que digo que, incluso donde no hago reconocimiento explícito del hecho, la obra de Melanie Klein ocupa una posición central en mi enfoque sobre la teoría psicoanalítica de la esquizofrenia. Asumo que la explicación de términos tales como “identificación proyectiva”, y lo “paranoide”, y “posiciones depresivas” es conocido a través de su trabajo.

Al aproximarme al tema a través de la consideración del pensamiento verbal, corro el riesgo de que parezca que descuido la naturaleza de las relaciones objetuales en el esquizofrénico. Debo, por tanto, enfatizar desde ya, que creo que la peculiaridad de las relaciones de objeto en el esquizofrénico, es el rasgo sobresaliente de la esquizofrenia. La importancia de las observaciones que desseo hacer, yace en su capacidad para iluminar la naturaleza de su relación objetual, de la cual estas son una función subordinada.

35. El material es derivado del análisis de seis pacientes; dos eran adictos a las drogas, uno tenía un estado de ansiedad obsesiva con rasgos esquizoides, y los restantes tres esquizofrénicos, todos sufrían de alucinaciones, lo cual fue bien puesto en evidencia, durante un período de entre cuatro a cinco años de análisis. De estos tres, dos mostraron marcados rasgos paranoicos, y uno depresión.

No comienzo desde el procedimiento psicoanalítico que usualmente empleo con neuróticos, siendo cuidadoso siempre de establecer tanto los aspectos positivos, como los negativos de la transferencia.

¹ Paper leído en el Simposio “La psicología de la esquizofrenia” en el 18º Congreso psicoanalítico internacional, llevado a cabo en Londres el 28 de julio de 1953.

B. Naturaleza de la observación sobre la cual están basadas las interpretaciones

La evidencia para las interpretaciones se ha buscado en la contratransferencia, y en las acciones y asociaciones libres del paciente. La contratransferencia ha jugado una parte importante en el análisis del esquizofrénico, pero no propongo discutir esto hoy día. Por lo tanto pasaré a las asociaciones libres del paciente.

C. Lenguaje esquizofrénico

36. El lenguaje es empleado por el esquizofrénico de tres formas; como un modo de acción, como un método de comunicación, y como un modo de pensamiento. El paciente mostrará una preferencia por la acción, en ocasiones en que otros pacientes entenderían que lo que se necesita es pensamiento; por lo tanto, él querrá ir hasta un piano, y exteriorizar el movimiento, para entender por qué alguien está tocando piano. A su vez, si tiene un problema cuya solución depende de la acción, como si, estando en un lugar, debería estar en otro, recurrirá al pensamiento –pensamiento omnipotente- como su modo de transporte.

En este momento quiero considerar solamente su uso del lenguaje como un modo de acción, al servicio, ya sea de la división de objeto, o de la identificación proyectiva. Se notará que esto no es sino un aspecto de las relaciones de objeto esquizofrénicas, en el paciente está separándose, o entrando y saliendo de sus objetos.

El primero de estos usos está al servicio de la identificación proyectiva. En este, el paciente usa las palabras como cosas, o como partes escindidas de él mismo, que empuja enérgicamente hacia el analista. Una consecuencia típica de este comportamiento es la experiencia de un paciente que siente que entra en mí al comienzo de cada sesión, y que tiene que ser desprendido al final de ésta.

El lenguaje es nuevamente empleado como un modo de acción para la separación de su objeto. Esto está involucrado cuando el analista se identifica con los perseguidores internos, pero es empleado también en otras ocasiones. Aquí hay dos ejemplos de este uso del lenguaje: El paciente entra al cuarto, me sacude cálidamente la mano al saludar, y mirando penetrantemente a mis ojos dice, “Creo que las sesiones no van a durar mucho, pero atájeme siempre que vaya saliendo.”. Sé, por experiencia previa, que este paciente está molesto porque las sesiones son muy pocas, y porque interfieren con su tiempo libre. Él intenta dividirme, haciendo que dé dos interpretaciones opuestas al mismo tiempo, y esto se demostró en su siguiente asociación, cuando dijo, “¿Cómo sabe el ascensor lo que hay que hacer si presiono dos botones a la vez?”.

Mi segundo ejemplo tiene amplias implicaciones, que no puedo incluir aquí, debido a su relación con el insomnio. La técnica depende de la combinación de dos elementos incompatibles: el paciente habla de manera somnolienta, a propósito para hacer dormir al analista. Al mismo tiempo, estimula la curiosidad del analista. La intención nuevamente es dividir al analista, a quien no se le permite irse a dormir, ni tampoco mantenerse despierto.

Observarán un tercer ejemplo de división más tarde, cuando describa a un paciente escindiendo el discurso mismo del analista.

Volvamos ahora a las dificultades esquizofrénicas con el lenguaje como nodo de pensamiento. Aquí hay una secuencia de asociaciones dadas en una sola sesión, pero separadas entre sí por intervalos de cuatro o cinco minutos.

Tengo un problema y estoy intentando resolverlo.

Cuando niño nunca tuve fantasías.

Supe que no eran hechos reales, así que los detuve.

Actualmente no sueño.

Luego, después de una pausa, continuó con voz desconcertada, “No sé que hacer ahora.” Dije, “Hace un año atrás me dijiste que no eras bueno pensando. Ahora recién dijiste que estabas resolviendo un problema –obviamente algo sobre lo que estabas pensando.”

Paciente. “Sí.” *Analista.* “Pero continuaste con el pensamiento de que no tuvistes fantasías en la infancia; y luego que no tenías sueños, después dijiste que no sabías qué hacer. Seguramente significa que sin fantasías y sin sueños, no tienes los medios para resolver tu problema.” El paciente estuvo de acuerdo, y comenzó a hablar con marcada libertad y coherencia. La referencia a la inhibición de la fantasía como una severa discapacidad que obstaculiza el desarrollo, apoya las observaciones de Melanie Klein en su paper “Una contribución a la teoría de la inhibición intelectual”.

37. La severa división en el esquizofrénico, hace difícil que consiga usar los símbolos, y por consiguiente los sustantivos y verbos. Es necesario demostrarle estas dificultades cuando surjan; al respecto daré brevemente un ejemplo. La capacidad para formar símbolos depende de:

(1) La habilidad de comprender objetos íntegros.

(2) El abandono de la posición esquizo-paranoide y su división concomitante.

(3) La unión de las divisiones y el advenimiento de la posición depresiva.

Ya que el pensamiento verbal depende de la habilidad para integrar, no es sorprendente encontrar que su surgimiento está íntimamente asociado con la posición depresiva, la cual, como ha observado Melanie Klein, es una fase de activas síntesis e integración. El pensamiento verbal agudiza la conciencia de la realidad psíquica y, por lo tanto de la depresión, la cual está vinculada con la destrucción y pérdida de los objetos buenos. La presencia de perseguidores internos, como otro aspecto de la realidad psíquica, es a su vez más fácilmente reconocido inconscientemente. El paciente siente que la asociación entre la posición depresiva y el pensamiento verbal es de causa y efecto –lo cual es en sí mismo una creencia basada en su capacidad para integrar –y esto añade una más a las muchas causas de su odio, ya bastante evidenciado por el análisis, que después de todo es un tratamiento que emplea el pensamiento verbal en la solución de los problemas mentales.

El paciente en esta etapa siente miedo del analista, incluso aunque acepte que se siente mejor, pero, y aquí es donde está el núcleo de nuestro problema, él manifiesta que cada signo de estar ansioso no tiene nada que ver con su capacidad embrionaria para el pensamiento verbal. Siente que está mejor en manos del analista, o, creo que sería más correcto decir, le parece que el analista está mejor capacitado que él para tenerlo a salvo dentro de él mismo. El paciente parece, a pesar de todo el trabajo logrado, haber retrocedido al uso del lenguaje que he descrito como característico del esquizofrénico antes del análisis. Él tiene una mayor capacidad verbal, pero prefiere emplearla como lo hacía cuando era menor.

D. Desarrollo de la capacidad para el pensamiento verbal.

38. Para explicar por qué el paciente es tan cauteloso al usar su capacidad aumentada, debo comunicar una experiencia que parece tener un significado peculiar para él. Un paciente me dijo: “soy un prisionero del psicoanálisis”; más tarde en la sesión agregó: “no puedo escapar”. Algunos meses más tarde dijo: “no puedo salir de mi estado mental”. Un cúmulo de material, al que las citas no pueden hacer justicia, ha sido reunido durante un período de tres años, que da la impresión de que el paciente se sentía incapaz de escapar de una prisión, la que a veces parecía representar yo, a veces el psicoanálisis, y otras veces su propio estado mental, que era una constante lucha con sus propios objetos mentales internos. Por tanto, él mostraba la misma actitud hacia el pensamiento verbal, que la que tenía con respecto a su poder y su preparación hacia el trabajo y el amor.

El problema al cual me dirijo, se puede entender mejor, si se lo ve como parte del momento en el que el paciente siente que ha efectuado su escape. El escape parece contribuir a la sensación del paciente de que se siente mejor, que comunica de vez en cuando; pero esto le cuesta caro. El mismo paciente dice: “he perdido mis palabras”, queriendo decir con esto, como lo ha revelado posteriormente el análisis, que el instrumento con el cual ha efectuado el escape, se ha perdido durante el proceso. Las palabras, la capacidad para el pensamiento verbal, lo esencial para un mayor avance, se han ido. Durante su expansión, parece pensar que ha alcanzado este punto como un castigo, por haber forzado el instrumento del pensamiento verbal, y por haberlo usado para escapar de su estado mental anterior; de ahí esa falta de voluntad que describo, en usar su capacidad verbal aumentada, salvo como modo de acción.

Aquí presento ahora el ejemplo que les prometí, cuando estaba hablando de la dificultad que la división esquizofrénica, causa en la formación de símbolos y en el desarrollo del pensamiento verbal. El paciente era un esquizofrénico que había estado cinco años en análisis; describo algunos puntos esenciales de dos sesiones. Debo advertirles que la comprensión me ha obligado a dejar fuera muchas formulaciones repetitivas, las cuales de hecho, compensarían la concisión con la que presento las interpretaciones aquí. Creo que la interpretación debe darse en un lenguaje simple, exacto y maduro.

Paciente. Tomo un pequeño fragmento de piel de mi cara, y me siento muy vacío.

Analista. El pequeño fragmento de piel es tu pene que has extraído, y tus partes internas vienen con él.

Paciente. No entiendo ...pene ...son sólo sílabas.

Analista. Has dividido la palabra “pene” en sílabas, y ahora no tiene sentido.

Paciente. No sé lo que quiere decir, pero debo agregar: “Si no puedo deletrear no puedo pensar”.

Analista. Ahora quieres separar las letras de las sílabas; así no puedes construir palabras –es decir, no puedes unir las letras para formar palabras. Por lo tanto no puedes pensar.

El paciente comenzó la sesión del día siguiente con asociaciones desarticuladas, y quejándose de que no podía pensar. Le recordé la sesión que acabo de describir, luego de lo cual, reasumió un discurso correcto ;entonces:

Paciente. No puedo encontrar ninguna comida interesante.

Analista. Sientes que ya has probado de todo.

Paciente. No me siento capaz de comprar ropa nueva y mis calcetas están llenas de agujeros.

Analista. Al coger el pequeño fragmento de piel, te lastimaste tanto que ya ni siquiera puedes salir a comprar ropa; estás vacío, y por lo tanto ya no tienes necesidad de comprar nada.

Paciente. Aunque están llenas de agujeros me apretan el pie.

Analista. No sólo arrancaste tu propio pene, sino también el mío. Así que hoy ya no hay un alimento interesante –sólo un agujero, una calceta. Pero incluso la calceta está llena de agujeros, los que le has hecho, y has acumulado para apretar, o para deglutir y lastimar tu pie.

Ésta y las siguientes sesiones confirmaron que él sentía que había devorado el pene, y que por lo tanto, no quedaba nada interesante que comer, sólo un agujero. Pero este agujero era ahora tan persecutorio que lo había fragmentado. Como resultado de la división, el agujero se convirtió en un conjunto de agujeros, que se reunieron de modo persecutorio para apretar su pie.

Los hábitos de pellizcarse del paciente habían estado presentes por unos tres años. Al comienzo sólo se había ocupado de las espinillas, y citaré una descripción de Freud de tres casos, uno observado por él mismo, otro por el Dr. Tausk, y otro por R. Reitler, que tiene un parecido al de mi paciente. Fueron tomados de su escrito “Lo inconsciente” (1915).

Freud dice de su paciente: “se ha retirado de todos los intereses de la vida debido a una condición enfermiza de la piel de su rostro. Afirma que tiene espinillas, y que son agujeros profundos en su rostro que cualquiera nota.” Freud dice que estaba resolviendo su complejo de castración sobre su piel, y que comenzó a pensar que quedaba una cavidad profunda, en el lugar de donde extraía una espinilla. Continúa: “La cavidad que aparece en ese momento como consecuencia de su acto culpable, es el genital femenino, i.e. representa la realización de su amenaza de castración (o de la fantasía que la encarna), suscitada por onanismo”. Freud compara tal formación secundaria con la del histérico, diciendo: “Un pequeño agujero como el poro de la piel, difícilmente sería usado por un histérico como símbolo de la vagina, que por el contrario compararía con todo objeto capaz de encerrar un espacio. Además debemos pensar que la multiplicidad de estas pequeñas cavidades le impediría usarlas como sustituto del genital femenino”.

Del caso de Tausk dice: “al tirar de sus calcetas le perturbaba la idea de que pudiera rasgar los puntos, i.e. los agujeros, y cada agujero era para él un símbolo de la apertura del genital femenino”.

Citando el caso de Reitler dice que el paciente “encontró la explicación de que su pie simbolizaba el pene; ponerse la calceta representaba el acto onanista”.

Ahora volveré a mi paciente en una sesión de diez días más tarde. Una lágrima brotó de su ojo y dijo con mezcla de desesperación y reproche: “Las lágrimas ahora salen de mis oídos”.

Este tipo de asociación ya se me había vuelto familiar, así que era conciente de que había planteado un problema para la interpretación. Pero en esta ocasión el paciente, que que había estado en análisis por unos seis años, era capaz de un grado justo de identificación con el analista, y obtuve su ayuda. No intentaré una descripción de las etapas por las cuales llegué a las conclusiones que les presenté. Los pasos fueron trabajosos y lentos, a pesar de que teníamos disponible la evidencia de un análisis de seis años.

Parecía que el paciente estaba lamentando una torpeza, que parecí confirmar su sospecha de que su capacidad para la comunicación verbal estaba deteriorada. Parecía que su frase utilizada no era más que otro ejemplo de una incapacidad para reunir las palabras apropiadamente.

Después de que lo discutimos, pareció que las lágrimas eran cosas malas, que sentía hacia ellas al salir de sus oídos, casi lo mismo que sentía con su sudor al salir de los poros de su piel, cuando había, pensó, quitado espinillas u otros objetos de su piel. Su sentimiento

acerca de las lágrimas de sus oídos, parecía similar al de la orina que sale de un agujero dejado en una persona cuando se le ha arrancado el pene; la mala orina aún sigue saliendo.

Cuando me dijo que no podía oír muy bien, aproveché su observación para recordarle que en cualquier caso necesitábamos saber por qué su mente estaba llena de esos pensamientos en la actual circunstancia, y sugerí que probablemente su audición parecía defectuosa porque mis palabras estaban siendo ahogadas por las lágrimas que salían de sus oídos.

Cuando se hizo visible que tampoco podía hablar muy bien, sugerí que era porque él sentía que su lengua había sido arrancada, y que había quedado con tan sólo un oído.

Ha esto siguió lo que pareció ser una serie completamente caótica de palabras y ruidos. Lo interpreté como que ahora sentía que tenía una lengua, pero que no era realmente tan mala como su oído –simplemente dejó salir un flujo de lenguaje destruido. En resumen, pareció que a pesar de sus deseos y los míos, no podíamos, o él sentía que no podíamos, comunicarnos. Sugerí que a lo mejor sentía que tenía un objeto muy malo y hostil dentro suyo, que trataba nuestro vínculo verbal de manera muy parecida al ataque destructivo que él sintió una vez que había lanzado contra la relación de sus padres, ya fuera sexual o verbal.

Al principio, él pareció sentir más intensamente los defectos de su capacidad de comunicación o pensamiento, y había bastante de juego con la pronunciación de la palabra *tears* * (*teers* o *tares*), el énfasis estaba principalmente en la incapacidad para reunir los objetos, palabras; o en la pronunciación de las palabras, a menos a que fuera con crueldad. Pero en un momento pareció hacerse conciente de que su asociación había sido el punto de partida para una amplia discusión. Luego murmuró: “Mucha gente”. Elaborando esto sucesivamente pareció que se había apartado de la idea de que su capacidad verbal estaba irreparablemente destruida por los ataques de que había sido objeto nuestra conversación, optando por la idea de que su comunicación verbal era extremadamente codiciosa. Esta codicia fue manejada dividiéndose el mismo en muchas personas, así podía estar en muchos lugares a la vez, para oír las muchas interpretaciones diferentes que yo, dividido también en “muchas gente”, era capaz de dar ahora simultáneamente, en vez de una por una. Su codicia. Y los ataques a la comunicación verbal de los perseguidores internos, estaban por lo tanto relacionados entre sí.

39. Claramente este paciente siente que la escisión ha destruido su habilidad para pensar. Esto fue lo más serio para él porque ya no sentía que el pensar proveyera una solución para el tipo de problema con el cual estaba luchando. Este estado es comparado por el paciente con la “locura”.

El paciente cree que ha perdido su capacidad para el pensamiento verbal, porque la ha dejado atrás, dentro de su estado mental anterior, o dentro del analista, o dentro del psicoanálisis. También cree que su capacidad para el pensamiento verbal le ha sido quitada por el analista, quien ahora es una persona atemorizante. Ambas creencias dan lugar a ansiedades características. La creencia de que la ha dejado atrás, como hemos visto, ayudó a que el paciente sintiera que está loco. Él cree que nunca será capaz de progresar, a menos a que vuelva, por decirlo así, a su estado mental anterior con el fin de traerlo. No se atreve a hacerlo porque teme a su estado mental anterior, y tiene miedo de que una vez allí, quede aprisionada en él. La creencia de que el analista le ha quitado su capacidad para el pensamiento verbal, hace que el paciente tenga miedo de emplear su recién hallada

* En inglés: lágrimas. Las otras dos palabras pueden traducirse como *teers*: tarios, como al final de voluntarios y *tares*: taras. N. del T.

capacidad para el pensamiento verbal, no sea que despierte el odio del analista y haga que repita el ataque.

Desde el punto de vista del paciente, la realización del pensamiento verbal ha sido un suceso más bien triste. El pensamiento verbal está entrelazado con la catástrofe y la emoción dolorosa de la depresión que el paciente, recorriendo a la identificación proyectiva, lo fragmenta y se lo introduce al analista. Los resultados nuevamente son tristes para el paciente; la falta de esta capacidad es ahora sentida por él como igual a estar loco. Por otro lado, reasumir esta capacidad le parece inseparable de la depresión y de la conciencia, a un nivel de realidad esta vez, de que se ha vuelto "loco". Este hecho tiende a dar realidad a las fantasías del paciente sobre los resultados catastróficos que aumentarían si se arriesga a la re-introyección de su capacidad para el pensamiento verbal.

No debe suponerse que el paciente deja sus problemas intactos durante esta fase. Ocasionalmente le dará al analista información concreta y precisa sobre ellos. El problema del analista es el miedo del paciente, ahora bastante manifiesto, de intentar un entendimiento psicoanalítico de lo que sus problemas significan para él, en parte porque el paciente entiende que el psicoanálisis le pide cada pensamiento verbal al que teme.

Hasta aquí he tratado sobre el problema de comunicación entre el analista y el paciente esquizofrénico. Ahora consideraré la experiencia que tiene el paciente cuando atravieza el proceso de adquirir suficiente dominio del lenguaje para salir de la "prisión del psicoanálisis", o del estado mental en el cual se sentía antes desesperanzadamente encerrado. El paciente es aparentemente inconsciente de cualquier existencia fuera de la consulta; no hay información de ninguna actividad exterior. Sólo hay un ser lejano al analista, del cual no se sabe nada, excepto que está "muy bien" o "mejor", y una relación con el analista que el paciente dice que es mala.

Los intervalos entre sesiones son aceptados y temidos. El se queja de que está loco, expresa su miedo a las alucinaciones y al delirio, y es extremadamente cauteloso en su comportamiento, para no llegar a volverse loco.

El vivir las emociones que pertenecen a esta fase, llevan a un cambio hacia una mayor valoración de los objetos externos, a expensas de los objetos alucinatorios internos. Esto depende del análisis de las alucinaciones del paciente y su insistencia en atribuir a los objetos reales un rol subordinado. Si se ha hecho esto, el analista ve ante él al yo, y las relaciones de objeto más normales en proceso de desarrollo. Estoy asumiendo que ha habido un trabajo adecuado a través de los procesos de división y de ansiedad persecutoria subyacente, como también de reintegración. Herbert Rosenfeld ha descrito algunos de los peligros de esta fase. Mis experiencias confirman sus hallazgos. He observado el progreso a partir de múltiples divisiones a cuatro, y de cuatro a dos, y la gran ansiedad cuando la integración continúa con la tendencia a revertirse hacia una violenta desintegración. Esto se debe a la intolerancia de la posición depresiva, a los perseguidores internos y al pensamiento verbal. Si la división se ha trabajado adecuadamente a través de la tendencia a dividir el objeto, y al mismo tiempo el yo es mantenido dentro de los límites. Cada sesión es por lo tanto un paso en el desarrollo del yo.

E. Constatación de la locura.

40. Una de las consecuencias de intentar clarificar los complejos fenómenos de la relación del paciente esquizofrénico con sus objetos, es que si el intento es exitoso, es ilusoriamente engañoso. Ahora restableceré el equilibrio aproximándome a los fenómenos

que ya he descrito, desde un ángulo algo diferente. Deseo tomar el relato en el momento en el que las divisiones fueron unidas, el paciente escapa de su estado mental, y se da inicio a la posición depresiva. En particular deseo llamar la atención hacia esta concatenación de sucesos cuando es cubierta por la iluminación conseguida a través del desarrollo de una capacidad para el pensamiento verbal. He aclarado que este es el punto de inflexión más importante de todo el análisis. Por lo tanto pueden haberse formado la impresión de que en ese momento el análisis entra en aguas tranquilas. Es necesario por lo tanto no dejarlo libre de ilusiones al respecto.

Lo que tiene lugar, si el analista ha sido razonablemente exitoso, es la constatación de la realidad psíquica por parte del paciente; él se da cuenta de que tiene alucinaciones y delirios, que se siente incapaz de alimentarse, y tiene dificultades para dormir. El paciente dirigirá poderosos sentimientos de odio hacia el analista. Afirmará categóricamente que está loco, y expresará con intensa convicción y odio que es el analista quien lo ha conducido a este punto. El analista debe esperar que la preocupación por el bienestar del paciente, lleve a la familia a intervenir, y debe estar preparado para explicar una situación que es alarmante para ellos. Debe esforzarse por mantener a raya a médicos y a terapeutas que utilicen shocks, mientras concentra sus esfuerzos en no permitir que por un solo momento el paciente se refugie, ya sea de su constatación de que está loco, como de su odio hacia el analista, que ha conseguido, luego de muchos años, llevarlo a una constatación emocional de los hechos que ha pasado toda su vida intentando evadir. Esto puede ser lo más difícil porque, cuando el pánico inicial comienza a disminuir, el paciente mismo comenzará a sugerir que se siente mejor. Debe dársele el peso debido a esto, pero se debe tener cuidado de evitar que sea usado para retardar la investigación en detalle de las ramificaciones dentro de la situación analítica, de los cambios producidos en las relaciones de objeto del paciente debido a la constatación de la locura.

F. Resultados.

41. Aún no estoy preparado para ofrecer una opinión acerca de las expectativas del tratamiento, excepto decir que dos de los tres esquizofrénicos de los que estoy hablando, están ahora ganándose la vida. Creo que si el trayecto que he indicado anteriormente es seguido, hay razón para anticipar que el esquizofrénico puede alcanzar su propia forma de adaptación a la realidad, que puede ser no menos merecedora del título de "cura", porque no es del mismo tipo que la alcanzada por pacientes menos alterados. Repito que no creo que ninguna cura se alcanzará si, en el momento que he intentado describirles, el analista intenta reasegurar al paciente, y así deshacer todo el buen trabajo que ha llevado a este último a ser capaz de constatar la gravedad de su condición. En ese momento se ha creado una oportunidad, que no debe perderse, de explorar con el paciente lo que quiere decir hacer análisis, o cualquier otro tipo de trabajo durante su enfermedad.

Las experiencias que les he descrito me obligan a concluir de que en el comienzo de la posición depresiva infantil, los elementos del pensamiento verbal aumentan en intensidad y profundidad. En consecuencia los dolores de la realidad psíquica son exacerbados por él, y el paciente, que regresa a la posición esquizo-paranoide se volverá, mientras lo hace, destructivamente hacia su embrionaria capacidad para el pensamiento verbal, como uno de los elementos que lo ha conducido hacia su dolor.

