

Psicosis. Acerca de mejorías y peorías D = PS

*Silvia Braun de Bagnulo**

*Lizardo Valdez***

De los múltiples problemas que plantea el trabajo con los pacientes psicóticos, nos pareció interesante pensar algo de lo que sucedía al mejorar. Y esto nos llevó a revisar qué es lo que entendíamos por mejorar y empeorar.

Es evidente que los criterios son diferentes en la neurosis que en la psicosis. Se hacen necesarias pues, algunas aclaraciones: en primer lugar, cuando nos referimos a pacientes psicóticos estamos hablando especialmente de sujetos diagnosticados de esquizofrenia desde el punto de vista psiquiátrico y que cuentan en su historia con más de un episodio que motivó su internación.

Nos encontramos pues con un primer referente psiquiátrico, que nos sirve para separarlos de pacientes que desde el punto de vista dinámico presentan una constelación similar e Integran el grupo mucho más amplio de las “psicosis psicoanalíticas”.

Este uso un tanto abusivo del término psicosis hace que se hable Indiscriminadamente de pacientes borderlines y psicóticos,¹ sin advertir que, más allá de coincidir en algunos mecanismos de defensa, tipo de angustia, etc., responden a situaciones psicopatológicas diferentes, tienen un pronóstico diferente y nos parece que necesitan abordajes técnicos diferentes.

Pero este problema de tratar de separarnos de lo médico, que aparece ya

* Av. Italia 2540, Montevideo 11600

** Gregorio Suárez 2780, Montevideo 11300

¹ Este aspecto fue reiteradamente señalado en el Laboratorio de Psicosis de la APU.

desde Freud y quizás debamos aceptarlo como una constante del trabajo analítico, tiene más incidencia cuando se trata de cuadros donde el acervo analítico es menos rico que en las neurosis, y entonces se recurre a lo conocido, la psiquiatría. La dificultad reaparece cuando queremos precisar a qué nos referimos cuando hablamos de mejorar o empeorar.

La mejoría psiquiátrica supone la desaparición o atenuación de una serie de síntomas que lo hiciera cambiar de lugar en el DSM3 por ejemplo (esquizofrenia en remisión). La mejoría psicoanalítica implica otras cosas que son las que se hace necesario ir precisando.

Como una primera aproximación podemos decir que en el psicótico, cuyo conflicto es con la realidad, nos va a importar mucho más que en el neurótico el cambio en la realidad, y no debiéramos avergonzarnos de decirlo: el cambio en las conductas, en su encuentro con la realidad.

Junto a esto vamos a reconocer como mejoría lo que podríamos llamar como el mejor conocimiento de la realidad externa e interna y esto, si es auténtico, implica DOLOR.

Este dolor, sus características, las defensas contra él, su particularidad en el psicótico, serán uno de los aspectos importantes de estas reflexiones.

¿Hay distintos tipos de dolor? Estamos familiarizados con el dolor físico, conocemos el dolor moral de la melancolía, pero el dolor al que nos vamos a referir es al dolor del saber y del sentir, al que hacía referencia el poeta Ruben Darío.²

Con este dolor nos encontramos en el neurótico, en la aceptación de la incompletud, pero es infinitamente más intenso en el psicótico, o distinto, no lo sabemos, pues su incompletud es inconmensurable con la del neurótico, es de otra naturaleza, vinculada a las vicisitudes propias de su narcisismo a las que nos referiremos más adelante. De ahí que nosotros sólo podamos atisbarlo

² *Dichoso el árbol que es apenas sensitivo
y más la piedra dura, porque esa ya no siente
pues no hay dolor más grande que el dolor de ser vivo.
ni mayor pesadumbre que la vida consciente.*

De "Cantos de Vida y Esperanza". Lo Fatal.

por momentos y referirlo a lo que conocemos, pero siempre teniendo presente estas distancias. Bion y Winnicott se han referido a este dolor como la angustia impensable o terror sin nombre.

Veamos algunos ejemplos y qué es lo que nos dicen los propios pacientes de este dolor. Veamos también cómo lo percibimos nosotros y cómo lo expresamos.

Para delimitar el campo, veamos algo del dolor ante la mejoría y analicémoslo en el paciente y en el analista y exploremos las reacciones de estas mismas personas ante la peoría. Dejemos lo que sucede con la familia del paciente, con su entorno y con el propio proceso analítico, para una comunicación posterior.

¿Qué es más doloroso, mejorar o empeorar?

EL DOLOR DEL NO SENTIDO (en el analista)

EL DOLOR DEL SENTIDO (en el paciente)

Freud (1911) recomendó para la escucha del analista, en cierta reciprocidad con la libre asociación del paciente, lo que denominó atención flotante. Esta consiste en la suspensión del juicio y de lo que habitualmente orienta la escucha fuera de la sesión.

Dicha regla técnica tiende a romper con la coherencia del discurso y enfrenta al analista al trabajo de descubrir las conexiones inconscientes del mismo y por lo tanto a momentos de no comprensión.

Con los pacientes neuróticos, estos momentos se refieren fundamentalmente al significado inconsciente del material, el que si todo marcha bien, tarde o temprano podremos develar, aunque más no sea parcialmente.

En cambio, con los pacientes psicóticos nos enfrentamos a una situación distinta. No hay coherencia del discurso a romper, simplemente porque no hay coherencia. El no entender se refiere, no a las conexiones con lo inconsciente, sino que se vincula a la ruptura de su aparato y con algo de la ruptura con la realidad.

El encuentro con esta forma particular de no sentido puede resultar difícil

de tolerar y obturar la investigación psicoanalítica.

La curiosidad es uno de los elementos fundamentales de la actitud psicoanalítica. Para Bion, la posibilidad para la curiosidad depende de la capacidad para admitir que los fenómenos pueden no tener significado.

El análisis de pacientes psicóticos nos introduce de lleno en nuestra tolerancia al no sentido y a la desconexión con la realidad.

Por esto pensamos que, para trabajar con estos pacientes, el analista debe poner en juego fantasías omnipotentes propias del funcionamiento psicótico, que le permitan “participar” de ese tipo de experiencias, así como sostener su creencia de que puede entrar en el mundo interno del otro.

Bion nos advierte también de los riesgos de esta aventura, diciendo que el analista debe tener conciencia de estos peligros; su enfoque debe ser binocular, es decir, a la vez que atiende el material del paciente, darse cuenta de los peligros de su asociación con este determinado paciente.

Al teorizar la necesidad de adaptar el aparato mental para el encuentro con pacientes psicóticos, Bion introduce conceptos como continente contenido,³ PS = D, enfatizando el factor *réverie*, mediante el cual el analista procesa y otorga significado a las proyecciones de su paciente.

G. Hamilton (1990) describe la identificación proyectiva normal y necesaria del analista, como parte de su función de contención. Lo que el analista le regresa al paciente siempre tendría adherido un poco del sí mismo del propio analista y de su propio mundo interno.

A su vez Bryce Boyer (1989) sostiene que al hacer Interpretaciones mutativas a pacientes en regresión se abandona la neutralidad técnica y se realizan desde una posición impregnada por las emociones del analista, y recuerda una comunicación personal de Searles en la que le dice que un analista neutral tiene una probabilidad muy grande de proyectar en el pacientes todo tipo de emociones bastante alejadas de lo neutral.

En nuestra experiencia, la neutralidad propugnada para los neuróticos se hace imposible cuando compartimos las vivencias de intensa desorganización

³ En nuestro medio Carlos Mendilaharsu ha realizado reiteradas comunicaciones que enriquecen estos conceptos describiendo distintos tipos de vínculo.

de nuestros pacientes.

Y nos preguntamos en qué medida no hay una cierta inversión de la situación, recurriendo nosotros a la asociación libre, al intento de racionalización y al recurso de la prueba de realidad. Veamos algunos ejemplos.

Una paciente, en una manifestación de ajenidad extrema en relación a su propio cuerpo, llega a un estado límite por desnutrición.

Al abrir la puerta, la analista es intensamente afectada por la imagen que su paciente le trasmite: no se puede sostener por si misma, un familiar la ayuda a caminar. La analista la sostiene hasta llegar al diván en que se recuesta.

Pasados unos momentos comienza a temblar. Surgen en el analista sentimientos de angustia ante la indefensión, acude a su mente la idea de la muerte. No encuentra en su cabeza ninguna palabra: ¿qué decir? ¿qué interpretar?

La analista no se había sentado, se acerca más quedándose de pie a su lado. La paciente extiende su mano hacia ella. La analista sigue buscando palabras en su mente y finalmente responde tomándole la mano extendida.

Lenguaje corporal que se responde con lenguaje corporal. Siente la mano helada. La idea de la muerte se reinstala y se siente invadida por ese cuerpo muerto”, “inexistente” para la paciente. (¿También para la analista?).

La analista intenta reconectarla con su cuerpo y le dice que tiene un cuerpo que hay que cuidar, atenderlo y que necesita recibir alimento.

Pensemos sobre la formulación que hace el analista. ¿Las palabras son pronunciadas para evitar la vivencia de locura que le llegaba desde su

paciente, de su cuerpo inexistente? ¿O intenta restituirle a través de las palabras su cuerpo clivado, negado omnipotentemente? En este último caso el principio de realidad del analista funcionaría oponiéndose a la fantasía omnipotente de no tener cuerpo pero, a su vez, para que la analista pueda vivenciar esta fantasía es necesario que en su mente predomine un modo de funcionar psicótico, rescatándose mediante los recursos organizativos que le permiten tener en cuenta la realidad y hacer presente el cuerpo.

El principio de realidad enunciado por Freud (1911) en “Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico” surgiría como una modificación del principio del placer, centrada en la experiencia de satisfacción. Se

producirían una serie de modificaciones en el aparato psíquico, entre las que se encuentran: la conciencia, la atención, la memoria y el surgimiento del pensamiento. Basándose en esto es que Bion sostiene que el pensamiento depende del juicio de realidad realizado mediante la visión binocular. En la visión binocular de la experiencia se da la simultaneidad de las representaciones consciente e inconsciente. Ambas funciones constituyen distintos vértices desde los que se correlacionan los fenómenos, pero nos preguntamos si esto es siempre así o hay momentos en que esta simultaneidad no es posible, que el analista es totalmente absorbido por lo psicótico, no dispone de representaciones conscientes y sólo en un segundo momento es posible restablecer lo binocular. Habría pues una sucesión que sólo después se transformaría en simultaneidad. Recordemos al pasar que la visión monocular es bidimensional y sólo la binocular es tridimensional.

¿Y qué decir de la angustia que se constituye en el pilar central de la transferencia y contratransferencia y por tanto del trabajo analítico?

Cuando Freud reformula su teoría sobre la angustia pone el acento en el yo. La angustia deja de ser el resultado de la represión para constituirse en un instrumento del yo para sus operaciones defensivas. Dice Freud que la angustia es una señal que el yo utiliza cuando prevé que sobrevendrá una de las situaciones específicas de peligro. Recordemos que Freud pensaba que el factor que determinaba la angustia automática era la vivencia de desvalimiento del yo frente a una acumulación de excitación interna o externa que no podía tramitar. El yo dispone pues de esta “señal” para evitar el desborde excitación, mediante la puesta en marcha de defensas.

Ahora bien, en los pacientes psicóticos el yo instancia se encuentra desintegrado y por lo tanto carece de una barrera antiestímulo, quedando expuesto a una angustia de tipo automático impensable. Tampoco el yo es capaz de ejercer ninguna defensa eficaz, se desatan mecanismos muy primitivos como el de la identificación proyectiva masiva, con la consiguiente pérdida de diferenciación yo-no yo.

Esto es una defensa automática en el sentido que el yo no la puede controlar, perdiendo su función organizadora del aparato psíquico.

Al romperse la interacción dinámica (PS = D), se cierra el camino para la modulación de la angustia y para la organización de defensas más eficaces. En

esta situación es el analista el que siente la angustia y su yo el que da la señal que pone en marcha el dispositivo defensivo, tanto en él como en el paciente. Pensamos que el paciente introyecta algo del sentido de realidad del analista, lo que en el mejor de los casos contribuye a una mínima estructuración de su yo.⁴

Veamos otro ejemplo donde las palabras no están presentes y el cuerpo, junto a la señal de angustia del analista, se hace cargo, una vez más, de cumplir con una función estructurante. Si bien no se refiere a una situación de análisis, pensamos que es útil para mostrar lo que queremos.

Luisa es una paciente con síndrome de Down de 23 años, casi sin lenguaje y que hacía una semana había comenzado con un cuadro delirante que la hacía aterrizar ante la sola visión de una mosca y se negaba a ingerir todo tipo de alimentos y medicamentos. Se había encerrado en su cuarto y permanecía allí en una semipenumbra.

Una madre que no dejaba de hablar hizo que el analista le pidiera que lo dejara a solas y así se encontró por primera vez tratando de comunicarse con alguien en esa situación. Los intentos de aproximación verbal fueron vanos y ante los intentos de aproximación física la paciente reaccionaba aterrada.

El analista se quedó un rato sin saber qué hacer, tan sólo estando, hasta que sin saber por qué empezó a espejar los tics de la paciente. Primero una guiñada, luego una mueca, luego el movimiento de la mano. El rostro de la paciente se fue distendiendo, desapareció el susto y poco a poco se fue como armando y se transformó en un juego gozoso.

Se pudieron cambiar los roles y la paciente pasó a imitar al analista que en poco tiempo logró, comiendo él, que la paciente comiera.

Hasta aquí dos situaciones en que el no saber del analista, ¿el dolor?, ¿el miedo?, ¿la herida narcisista que implica el no saber?, lo llevan a abandonar la neutralidad y a decir o actuar, o a actuar diciendo.

Cuando hablamos interpretando el delirio de un paciente psicótico, ¿a quién le hablamos? A él o a nosotros mismos para tranquilizarnos, como el caminante que suba en la oscuridad del que hablaba Freud.

Esos saberes transitorios, esas mejorías más o menos efímeras, nos

⁴ Alfredo Vares ha señalado las distorsiones que pueden producirse por un inadecuado manejo de la contratransferencia y que lleven a internaciones u otras medidas que perjudiquen al paciente

tranquilizan, la razón sigue reinando. Es la mejoría que sigue a las situaciones críticas. Veamos ahora el “empeoramiento” que sigue a las “mejorías”. Se trata de momentos en que el yo de los pacientes se encuentra más estructurado, el principio de realidad se hace más fuerte y también el conocimiento de la realidad interna y externa.

Pablo, un esquizofrénico de 21 años, dirá: “Tuve el viaje del fin de semana con mis bajones (no es la situación maníaca que ha traído otras veces), pero el balance fue positivo”. “Lloré, pero no a los gritos, con lágrimas” (¿diferencia entre la desesperación PS y la tristeza D?).

“Una compañera me dijo que la realidad es cruda pero hay que vivirla... Me sentí relegado, no encontraba lugar, me dicen que soy demasiado serio”.

“Estoy atrás ahora y estaré atrás los veinte años que vienen, mucha cosa sigue corriendo y yo sigo igual. Tengo 21 años y es como que recién saliera del útero de mi madre.”

“Me es imposible levantarme de mañana”.

Pablo está viendo su realidad, cuánto dolor, ¿podrá tolerarlo? o volverá a estar como antes, delirante, dueño omnipotente del mundo. Pera él mejorar es empeorar, ¿hay un punto de cambio cualitativo? ¿Se desarrolla un nivel de tolerancia al dolor o es ese el límite de la psicosis?

Oigamos a Alicia, otra paciente esquizofrénica.

Llega a la sesión, me entrega un cheque y dice: “Me parece que falta algo.” Al decirle que faltan \$200 ella contesta: “Yo se los doy”. Abre su cartera y me da los \$200. (Siento sorpresa, tanto como que esté al tanto de la suma, como que ella decida pagarme).

Le hago un señalamiento sobre su saber de que falta algo, así como el tener dentro de cartera-mente conocimientos.

P. “Ayer me puse a llorar. Empecé a pensar, pensar, pensar y me puse a llorar. Me vinieron las palabras solas y me dio por llorar. Yo estaba media deprimida. Me puse a pensar, pensar y pensar y me puse a llorar.”

A. ¿Su llanto?

P. “Por lo que estaba pensando. Pensaba con dificultad pero yo sé lo que pensaba. Tuvimos una conversación con L. (hermana), ella me decía que yo antes me arreglaba, pero ahora me siento Inferior, que no puedo pensar, no tengo voluntad para hacer las cosas. Ella me dijo que la voluntad no me va a venir en un carrito. Yo le iba a decir lo que hablamos con usted, que yo tengo

problemas para entrar en la vida. Pero no lo dije porque no me entiende. En la cama recordaba todo eso.

Para mi cumpleaños yo no quería cosas materiales, ni pañuelos ni broches, yo quería eso (se refiere a estar bien). Pensé también, lo último que pensé para largar el llanto, ahí fue que ... (está angustiada, se le quiebra la voz) ... que yo le tenía que decir (a la hermana) que tenía que enfrentar la realidad, una realidad que ella no la tiene que enfrentar. Por eso necesito que me apoyen, que me ayuden. Ella con el riñón puede mejorar. Con las inyecciones ella puede quedar sin dolor, pero yo... estoy en un período que trato de resignarme, de enfrentar la realidad, que quizás voy a estar así toda la vida, que no sé si voy a estar así toda la vida o no. entonces me puse a llorar.”

En ambos casos el dolor amenaza la integridad yoica y la mejoría alcanzada.

En estos pacientes, a diferencia de otros, las formaciones ideales tendrían características tanáticas (no deseado, deseado muerto, loco, etc.).

En el trabajo analítico paciente y analista van construyendo otras formaciones ideales pero que, más allá de nuestra intención, quedan impregnadas por los valores de la cultura, que se transforman en una exigencia desmedida para estos pacientes. (Nos referimos a que nos ven con un trabajo, con una familia, etc.).

A medida que van logrando una mejor percepción de la realidad interna y externa, comprueban la diferencia entre sus posibilidades reales y sus aspiraciones Ideales, habitualmente teñidas de omnipotencia.

El analista se mueve en el desfiladero angosto entre el no deseo (neutralidad necesaria con otro tipo de pacientes) pero que en estos casos se acerca peligrosamente al no deseo de los padres y por otro lado a un deseo que esté más allá de las posibilidades reales del paciente. Este deseo del analista es necesario para sostener el propio deseo del paciente y su autoestima.

En nuestro medio H. Garbarino distinguió el duelo por el yo (propio de las depresiones narcisistas) del duelo por el objeto.

Nosotros pensamos que el dolor y la depresión narcisista en los momentos de “mejoría” de estos pacientes tienen características particulares, pues quedan vinculados al naufragio de un yo todavía endeble, que no puede alcanzar los ideales construidos en el trabajo analítico.

De este modo el paciente mejora, pero con frecuencia no puede sostener su

mejoría. Es necesario que el analista sea capaz de entenderlo una vez más y comprender que al menos momentáneamente continuar viendo la realidad es intolerable.

¿No será éste el momento de encontrar una transacción entre la realidad y el delirio que sea a la vez operante y tolerable? De lo contrario, el propio paciente restablecerá sus defensas más patológicas, regresando a mecanismos de la posición esquizo-paranoide.

Bibliografía

BION, W. *Transformaciones*. Centro Editor de América Latina, 1972, p. 95.

BOYER, Bryce. *Contratransferencia y técnica en el trabajo con el paciente en regresión*. En el Libro Anual de Psicoanálisis 1989. Edic. Psicoanalíticas, Imago. Londres-Lima, pp. 220-221.

DARIO, Ruben. *Cantos de vida y esperanza*. Lo fatal.

FREUD, S. *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. 1912, Tomo XII, Edit. Amorrortu, p. 111.

FREUD, S. *Inhibición, síntoma y angustia*. 1925, Tomo XX, pp. 87, 104, 132, Edit. Amorrortu.

HAMILTON, Gregory. *La función de contención y la identificación proyectiva del analista*.

En el Libro Anual de Psicoanálisis 1990, Edic. Psicoanalíticas, Imago, Londres-Lima, p.81