

## Interpretación en el análisis de psicóticos

*Héctor F. B. De Paola\**

### Resumen

El autor, partiendo de conceptos teóricos predominantemente kleinianos trata de establecer las condiciones mínimas necesarias para la interpretación en el análisis de los psicóticos, así como también estudia con algunos detalles el contenido, la forma, la pertenencia, el *timing* de las Interpretaciones. Enfatiza, principalmente, los factores contratanferenciales y los conceptos de identificación proyectiva y de narcisismo destructivo.

### Introducción

La versión original de este trabajo fue presentada en Mesa Redonda del XVII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis cuyo tema general era: “La invariabilidad del Método según las diferentes teorías y prácticas clínicas”. Por esta razón abordé este subtema entendiéndolo como una práctica clínica específica (análisis de los psicóticos) y traté de estudiar la Invariabilidad del Método interpretativo, en una perspectiva en la cual las psicosis pueden ser analizadas sin variaciones del Método clásico. A pesar de ello, sostuve que, para mostrarse operativas, las interpretaciones deben ser informadas por teorías aplicadas específicamente a los modelos de pensar y obrar característicos de esos pacientes.

---

\* Miembro titular y analista didácta de la Sociedad Brasileña de Psicoanálisis de Rio de Janeiro. Coordinador del curso ‘Estudio Teórico y Clínico de las Psicosis’ en el Instituto de SBPRJ. Clinical Consultant, Boyer House Foundation, Berkeley; California

Versión ampliada del trabajo presentado en la Mesa Redonda del XVII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, San Pablo, Brasil, 1988.

### **Delimitación conceptual**

Entiendo por interpretación, la verbalización, por parte del analista o del analizado, de las causas inconcientes de las ansiedades experimentadas en el encuentro y sus referencias a las situaciones conflictivas en el pasado de este último, con base exclusivamente en el material inconciente producido por él y su reverberación en la mente del analista.

Tal entendimiento es la base que diferencia el Psicoanálisis de otros abordajes médicos o psicológicos, pues se basa en teorías específicas con respecto al funcionamiento mental inconciente.

El método psicoanalítico se basa en una correspondencia entre la libre asociación por parte del analizado, y la atención libre y fluctuante por parte del analista como medio de este último de permitir una verdadera permeabilidad entre sus sistemas conciente/inconciente o proceso secundario/primario.

El concepto de psicosis nos enfrenta a problemas teóricos, técnicos y clínicos más complejos y polémicos. No cabría, en esta breve comunicación, establecer una teoría de las psicosis. Discutiré apenas algunos aspectos que considero esenciales para el entendimiento de mis puntos de vista.

En un trabajo anterior (De Paola, 1984), hice referencia a que la distinción entre neurosis y psicosis pertenece más a la visión médico—psiquiátrica que al psicoanálisis. Aunque Freud hubiese mantenido esta distinción, al menos en términos teóricos, los descubrimientos posteriores de Melanie Klein sobre las ansiedades tempranas, vividas en términos psicóticos, y el desarrollo de su obra por sus seguidores, si no la anuló, al menos hizo mucho menos densa esta frontera (*border-line*). Tal como lo hiciera Freud con la frontera (*border-line*) entre neurosis y normalidad.

Al estudiar las neurosis narcisistas, Freud supuso que tales personas no eran capaces de realizar transferencia, aunque ello no le hubiera impedido entender los procesos psicóticos, como podemos ver en el magnífico artículo sobre Schreber, punto

de partida para la comprensión de todo este vasto campo mental. La introducción de la teoría estructural incentivó a diversos analistas a tentar el psicoanálisis con pequeñas modificaciones en el tratamiento de pacientes narcisistas (cf. Boyer. 1988), partiendo inclusive de bases teóricas diferentes. Por otra parte, tales tentativas sirvieron como ayuda para el desarrollo de las teorías psicoanalíticas existentes, profundizándolas en el sentido de la investigación de conflictos diádicos (pre-edípicos), en donde existe consenso en localizar los orígenes del conflicto psicótico. Aunque sean innumerables las contribuciones en este sentido, me limitaré al estudio de las Ideas derivadas de Melarije Klein.

De las conclusiones a que llegó a través del análisis de niños muy pequeños. Klein formuló una teoría general sobre la vida de los bebés y su relación con los objetos primitivos, particularmente con el pecho de la madre. La relación de las ansiedades peculiares a estos primeros meses de vida con las futuras psicosis esquizofrénicas y manía co-depresivas fue reiteradamente acentuada por Klein, principalmente en sus tres artículos fundamentales sobre el tema (Klein, 1935, 1940. 1946). Sugiere (Klein. 1946. p. 4) que algunas de las funciones que conocemos como el Ego adulto, existen ya desde el comienzo de la vida, principalmente la función de luchar con la ansiedad originada en la acción del instinto de muerte, función que evolucionará a través de mecanismos específicos para cada estado de maduración del Ego.

Si en algunos aspectos la obra de esta autora es una continuación de la de Freud, existen algunas divergencias, como ella misma señala (1952, p. 51): ‘... auto-erotismo y narcisismo incluyen amor por el y la relación con el buen objeto internalizado el cual, en la fantasía, es parte del *self* y cuerpo amados. Es para este objeto internalizado que se da la fuga en la gratificación autoerótica y en los *estados* narcisistas.’”

“...Esta hipótesis contradice el concepto de Freud de *estadios* autoerótico y narcisista, previos a cualquier relación objetal”. Se concluye que, para Klein, el punto de fijación de las psicosis no es un estadio anobjetal como para Freud: consecuentemente se abre el camino para el entendimiento de una transferencia psicótica.

Bion (1957), estudiando pacientes caratulados como psicóticos, demostró la existencia de una parte no—psicótica más o menos desarrollada, capaz de mantener, con el analista, una relación transferencial del tipo neurótico, de gran valía para el progreso psicoanalítico. En mi trabajo ya mencionado (De Paola, 1984) traté de desarrollar la Idea de que la *transferencia es un fenómeno universal como lo es la existencia de fenómenos mentales psicóticos*. Todos tenemos la experiencia de estados transitorios de

paranoia, manía, depresión. etc., es decir, de nuestras propias partes psicóticas que se hacen más agudas en situaciones de gran ansiedad.

A efectos de la presente comunicación, sin embargo, psicosis será usada como la parte de la personalidad de cualquier persona donde predominan los mecanismos primitivos del Ego para luchar con la ansiedad, llevando a relaciones de objeto características de aquellas fases tempranas del desarrollo humano. Parte ésta que puede dominar de tal modo la personalidad total que oscurezca, a una observación superficial, la existencia de mecanismos más evolucionados. O. viceversa, que esté tan escondida en la personalidad total que ni siquiera se perciba su presencia, a no ser en una observación muy profunda. Tales variaciones tan extremas lleva a lo que Mendilaharsu (1988) denominó “diversidad de las expresiones clínicas” de las psicosis, que “admiten lo distinto y lo plural”. Prosigue este autor: “Hay evidentes diferencias, que inciden sobre la posibilidad y forma de actuación del analista, entre el paciente psicótico crónico institucionalizado varios años y el paciente que en el curso del tratamiento hace un brote psicótico o el que llega al consultorio en ocasión de esos primeros brotes”, etc.

Estoy totalmente de acuerdo con los comentarios de este autor: las posibilidades para abordar a los pacientes psicóticos es mucho más compleja de lo que la versión original de este artículo dejaba entrever.

### **Pre-condiciones mínimas**

Las condiciones para la *instalación* del análisis de un paciente psicótico ya fueron estudiadas por diversos autores (Boyer, 1961, 1983, 1988: Mendilaharsu, 1988: Giovacchini, 1979: Pacheco, 1983: Rosenfeld. 1965: Searles, 1963 y otros). No serán tratadas aquí. Sin embargo, la interpretación en el análisis de estos pacientes está condicionada a algunos factores internos del analista que cabe estudiar más detenidamente. Podemos reunirlos en dos grandes grupos:

- 1) el analista debe tener condiciones para tolerar la ansiedad despertada dentro suyo por el nivel de angustias primitivas que emergen con toda la fuerza en la situación transferencial/contratransferencial para que pueda establecer una alianza de trabajo eficaz con su paciente y proporcionarle, un ambiente facilitador donde pueda

“enloquecer” sin miedo, y 2) el analista debe poseer un conjunto de teorías bien establecidas dentro de su mente que le hagan posible entender estos materiales. (No me refiero a teorías Intelectualmente aprendidas sino a aquellas que forman parte de su manera de ver el mundo.)

### **La Contratransferencia**

Cuando el analizado presenta predominio de los mecanismos psicóticos, se presentan varios problemas al analista en su contratransferencia: la ansiedad del encuentro en sí, las presiones de los familiares y otros eventuales terapeutas, que surgen en la agitación fuera del *setting*. etc. Ya en 1981 Boyer opinaba que “el mayor impedimento para el éxito de estas terapias debería encontrarse en problemas contratransferenciales no resueltos (Boyer. 1988, p. 2).

Sabemos que tales pacientes presentan variados grados de riesgo para sí mismos, para el analista y para las personas de su medio ambiente. Tales riesgos funcionan como generadores de gran ansiedad en todos los que rodean al paciente, y el analista no está excluido. En éste, la consecuencia más común es la paralización de la actividad de pensar, vale decir, de entender e interpretar adecuadamente, seduciéndolo a abandonar la posición analítica y adoptar otras medidas no psicoanalíticas. La memoria (Bion, 1970) del “arsenal terapéutico” de la psiquiatría y el deseo (Íd.) de “curar” en términos médicos quedan exacerbados y, frecuentemente, se con-suma un desastre analítico.

La razón más importante para el nefasto suceso de este ataque a la mente del analista es, ciertamente, de orden interno: el analista teme vivir la misma situación psicótica del analizado ya que, “al recibir la Intromisión de los contenidos caóticos y amenazantes del paciente, siente movilizadas áreas mentales *propias* no suficientemente analizadas, muy amenazadoras para su integridad mental” (De Paola. 1982. p. 79). Tales áreas, sin embargo, *no están comprendidas* en sí mismo y teme aproximarse a ellas y enloquecer; es entonces que trata de proyectar su propia locura en el paciente, negar todo entendimiento y actuar no-analíticamente. En un artículo más reciente (De Paola, 1988) sugiero que, durante el proceso analítico, el analista proyecta sus propios objetos internos sobre su paciente y. en ello, trata de repararlos a través de su trabajo. Tales objetos Internos del analista deben estar a disposición de los del paciente para tener un encuentro creativo y propiciador de progreso. Para ello, sugiero que el analista debe mantener una determinada “fluctuación” de sus objetos internos, una flexibilidad muy

grande para que el paciente pueda utilizarlos dentro de sus necesidades del momento. Sin embargo “son precisamente los objetos internos más primitivos del paciente que tienden a estimular sus contrapartes en el analista”, exactamente aquellos objetos Internos del analista que todavía no fueron reparados, o lo fueron de forma muy precaria y severos problemas contratransferenciales pueden establecerse (De Paola, 1989). Creo aún que, “una de las fuentes más importantes para el entendimiento de pacientes muy regresivos es el uso apropiado de los sentimientos contratransferenciales que se constituyen en una de las más importantes herramientas de trabajo, al luchar con pacientes regresivos (De Paola, Íd.).

Por lo tanto, la primera condición para analizar pacientes psicóticos es un análisis muy profundo, constante auto-análisis o eventualmente, re-análisis periódicos. Creer que se pueda tentar tales obras sin desembolso, es fruto de la omnipotencia.

El uso adecuado de la contratransferencia es el que Irá a dictar la *aptitud* del analista frente a su paciente psicótico. Discutiré este punto a lo largo del artículo pero algunos puntos deben resaltarse aquí. Se necesita una actitud calma, de razonable optimismo (cf. Boyer. 1988) evidentemente sin exageraciones, consistente y empática. El paciente debe sentir que el analista percibe y simpatiza con su sufrimiento y esta a su lado para ayudarlo. Pero debe percibir, también que es suya la labor de reconstruir su self destrozado, que su responsabilidad es muy grande para su progreso. Ello implica no considerar al paciente psicótico adulto como si fuera un niño. Aunque sus partes psicóticas sean reminiscencias de situaciones muy tempranas de su desarrollo, el paciente, ahora, es un adulto, capaz en muchas circunstancias, de comportarse como tal. Considerarlo un niño desvalido es volverlo incapaz de ser analizado, de entender las interpretaciones, trasmitidas por el pensamiento verbal. La Infantilización por parte de familiares, amigos, etc. es un factor de complicación de sus problemas de relación. Si encuentra la misma actitud por parte de su analista, el desastre es inevitable. Un corolario de esta actitud es que *el paciente es responsable por lo que él es*. Teorías de que las psicosis son el resultado de malos tratos por parte de objetos “esquizofrénicos”, tienden a transformar cualquier tentativa psicoanalítica en un fracaso. En mi experiencia, nada más desastroso que considerar al paciente como la expresión de una “psicosis familiar”, como el representante de la “enfermedad de la familia”. En el comienzo el paciente puede hasta sentir un determinado alivio pero de a poco va percibiendo la total falta de perspectiva de esta posición y entra en la desesperación. En verdad, el paciente debe sentirse responsable por todo lo que consiguió en la vida., inclusive sus aspectos positivos y amorosos lo que, por si solo, ya aumenta la auto-estima

y mejora su auto-juicio.

### **La base teórica**

Además de las condiciones psicológicas expuestas, se hace necesario poseer un conjunto de teorías que informen la observación de los fenómenos mentales primitivos. La seguridad de tener algo dentro de nosotros que facilita el entendimiento disminuye en gran proporción la angustia de los encuentros. No basta con tener un buen análisis y poseer dotes especiales: es preciso saber qué hacer con ellas; saber lo que debemos entender. Sé bien que esta afirmación es controvertida pero no entraré en ello ahora.

Entre las muchas nociones teóricas necesarias para el entendimiento de los procesos mentales psicóticos, destacaré algunas que me parecen fundamentales: los conceptos de *identificación proyectiva*, de *transferencia psicótica* y de *narcisismo destructivo*.

El concepto de *identificación proyectiva* fue elaborado por Melanie Klein en 1946 y desarrollado por sus seguidores, en particular por Rosenfeld, Bion, Segal y Joseph. Como el término ha sido utilizado por otros autores con significados diferentes (ver, p. ej., Porder, 1987; Kernberg, 1967) se estableció una gran confusión en torno a este concepto y de su operacionalidad. Se debe agregar el empleo del concepto en los términos estrictamente originales de Klein, sin la evolución posterior.

En la conceptualización original este *mecanismo mental* (no apenas un *mecanismo de defensa*) se refiere a una cisura (*split-off*) del Ego en la cual partes buenas o malas son proyectadas en el objeto, también dividido, llevando a una forma especial de Identificación y *relación objetal*. Subrayé este aspecto, de la relación objetal, porque una de las confusiones más frecuentes entre autores no familiarizados con el término es que existe una oposición entre identificación proyectiva y transferencia, llevando a la conclusión que la identificación proyectiva es un mecanismo *puramente evacuatorio* que no permite el establecimiento de una relación objetal.

En un extenso estudio sobre el tema, Rosenfeld (1969) demostró que la identificación proyectiva se utiliza para alcanzar diversas finalidades: además de los conceptos clásicos de evacuación y ataque a los objetos, puede usarse para fundirse con ellos, para controlarlos mental y corporalmente, para negar la realidad mental y —lo que más interesa aquí— como *medio de comunicación pre-verbal*.

Ya en 1959, Bion habla asumido que existen grados normales de utilización de la Identificación proyectiva (Bion, 1967 p. 102 ss.) refiriéndose a ello de este modo:

“Estoy suponiendo que existe un grado normal de Identificación proyectiva, sin definir los límites de esta normalidad y que, asociados con la identificación introyectiva, forma los fundamentos del desarrollo normal”. En el mismo artículo destaca la importancia de que el paciente sienta que su analista le posibilite utilizar este mecanismo como medio de comunicación tolerable y perceptible.

Entre nosotros (Río de Janeiro, Brasil), Pacheco (1969. 1979) sugiere que la Identificación proyectiva es el elemento básico de la percepción, ocurriendo antes de cualquier introyección y. a través de él, se estructura el mundo mental. Dentro de esta visión la introyección pura no existe, siendo siempre la reintroyección de aspectos previamente proyectados e identificados como pertenecientes a los objetos. Para este autor la identificación proyectiva deja de funcionar como mecanismo normal cuando es utilizada en forma conjunta por presión de ansiedades muy fuertes, del tipo psicótico.

El analizado psicótico, o la parte psicótica de cualquier analizado (Bion, 1957: Pacheco, 1979), utiliza este mecanismo en forma conjunta para comunicar contenidos muy primitivos de su vida mental, los que, o fueron experimentados antes del desarrollo del pensamiento verbal, o sucumbieron a ataques contra éste.

Para entender estos materiales, el analista necesita funcionar con un continente (Bion, 1970) en el que tales angustias puedan quedar almacenadas hasta que fuera posible devolverlas “desintoxicadas” (como hizo referencia una paciente de Boyer) (Boyer. 1988), es decir, como elementos posibles de pensar. Para ello, el analista necesita escudriñar permanentemente sus propios sentimientos y sensaciones, inclusive en el intervalo entre las sesiones, distinguir lo que le es propio de aquello que el paciente está proyectando en el momento. Al ser atrapados por ansiedades muy aterradoras, sentimos la tentación de dar explicaciones “objetivas”, racionales. Pero es en estos momentos exactamente que “debemos permanecer calmos y abrirnos para que las proyecciones del paciente no queden bloqueadas por nuestras reacciones defensivas (Rosenfeld. 1987. p. 88).

Al hablar de identificación proyectiva conjunta, me estoy refiriendo a la *transferencia psicótica*, cuyas características fueron enunciadas por Bion (1956): es precoz, sutil y tenaz. Me voy a circunscribir a la primera, *la precocidad*, que comprende *una formación precipitada* y prematura de relaciones objetales (1967. p. 37). Este entendimiento nos permite interpretar ya, en los primeros contactos, sin quedar perplejos por la aparente insensatez de las comunicaciones del paciente psicótico. En verdad, estas comunicaciones son extremadamente sensatas, *desde el punto de vista psicótico, delirante y alucinatorio*. Ya en el primer contacto el paciente nos identifica

proyectivamente con alguno (o algunos) de sus objetos internos y sólo entendiendo esta dinámica sus comunicaciones tienen sentido.

Recuerdo un paciente que, al entrar para la primera entrevista, soltó una carcajada y dijo: “¡Tú estás muerto!” Una obvia insensatez. Si intentase un entendimiento racional tendría que refutarlo. Sin embargo le dije que él pensaba haberme matado al entrar en mi consultorio y que, con esto, me revelaba ya uno de sus mayores problemas: la idea de que no poder entrar en contacto con nadie pues los mata a todos. Visiblemente aliviado se sentó en el sofá y dijo: “No tengo novia, nunca pude hacerlo”. Interpreté que siempre que él trata de aproximarse amorosamente a cualquier persona como ahora aquí, su odio es mucho mayor y el resultado es una catástrofe. Rió nuevamente, a carcajadas y le dije que estaba riendo de miedo y desesperación por esta nueva y crucial tentativa de aproximación, ahora conmigo. Varios años después, recordando este momento, dijo:

“Sentí que tú eras la primera persona que no tenía miedo de mí y me entendía. Principalmente cuando dijiste *que* aquella carcajada era terror y desesperación, y no diversión; yo nunca me había divertido, vivía siempre atemorizado!”

En un sentido más amplio podría decir que la identificación proyectiva “crea” un Inconsciente diferente de aquel descrito por Freud (fruto de la represión). Este inconsciente no está “dentro” de la mente, sino “fuera” de ella (en la fantasía) y totalmente fragmentado. Pedazos de la persona están “clavados” fantásticamente en los objetos externos y ella no los reconoce más como suyos. Son los objetos *bizarros*, descritos por Bion (1967), aterradores y que deben ser mantenidos “fuera” pues reintegrarlos es sentido como muy peligroso.

Como el analista que se basa en estas teorías los interpreta como partes del propio paciente, se expone a ser experimentado como un objeto persecutorio, un peligro que debe ser alejado, pues la reintroyección es sentida como la violencia misma con la que fue hecha la proyección y con las mismas ideas: librarse, ahora el analista, de la locura e introducirla a la fuerza hacia dentro del paciente, lo que puede llevar a agresiones, interrupciones o tentativas de suicidio. Cuando esto sucede, debemos mirar hacia dentro de nosotros y verificar si no estamos realmente siendo intrusivos y dejando de ejercer la función de continente.

Quiero subrayar que “estar fuera” o “estar dentro” son expresiones esencialmente erradas, pues tratan de contener en palabras acontecimientos no verbales. En realidad, nada “sale” de dentro de la mente: lo que sucede es que la persona se libra *de la percepción* de los impulsos o hasta *del aparato de la percepción*.

Otro punto teórico de fundamental importancia es la evolución del concepto de *narcisismo*. Klein, al comienzo, poseía una visión muy próxima a la de Freud, pero luego en 1946 pasó a valorar las primitivas relaciones narcisistas como derivadas de la identificación proyectiva. Más tarde (Klein. 1957) interrelacionó el narcisismo con la envidia, resultando una forma particular de relaciones objetales. Siguiendo esta línea de pensamiento, Rosenfeld (1971. 1987), introdujo el concepto de *relaciones narcisistas del objeto* para enfatizar el hecho que no se trata de estados anobjetales, sino de una forma específica de relaciones de objeto en las cuales tales personas sólo pueden relacionarse con sus objetos con fines narcisistas y apenas, de una manera muy omnipotente. Emplean los objetos como continentes para la proyección de partes propias indeseables o que producen dolor o ansiedad. Continúa una identificación con el objeto a tal punto que la persona no se distingue más de él. Cuando este proceso de auto—idealización narcisista disminuye, el paciente toma conocimiento de su dependencia del analista, visto ahora como aquel que posee las cualidades y el entendimiento que el sujeto desearía poseer, generando sentimientos de humillación y envidia. Entretanto, para Rosenfeld, es necesario distinguir entre los aspectos libidinales y los destructivos del narcisismo. Para este autor, en algunos casos. “hay una enorme Idealización de las partes destructivas del *self* que se sienten como muy atrayentes porque hacen que el paciente se sienta totalmente omnipotente”. Todo y cualquier sentimiento amoroso es sentido como debilidad. Toda relación objetal libidinal y todo deseo del *self* de experimentar la necesidad de un objeto y de él depender, es desvalorizada, atacada y destruida *con placer*. (Las citas son de Rosenfeld, 1987.)

Este *narcisismo destructivo* de Rosenfeld debe distinguirse de otros conceptos, como por ejemplo, de la furia narcisista descrita por Kohut (1972). En las palabras de Rosenfeld (1987, p. 22-23): “La furia narcisista aparece cuando un paciente reacciona a una herida narcisista y se siente humillado, rebajado y apenas comprendido (...). Por el contrario, el paciente narcisista destructivo siente placer en herir, siente desprecio cuando encuentra a alguien amoroso, comprensivo y bondadoso y emplea todas sus energías para permanecer sádicamente fuerte”.

En mi práctica clínica con pacientes psicóticos me he enfrentado con situaciones difíciles, inclusive reacciones terapéuticas negativas, para las que me fueron de suma utilidad los conceptos teóricos antes expuestos.

## De la Interpretación

Tomando como base las teorías del breve esquema antes mencionado, la interpretación en el análisis de pacientes psicóticos poco difiere de la del análisis de los demás pacientes. Su importancia, función y objetivos son los mismos. Pienso que la interpretación es el instrumento básico del que dispone el analista para el cumplimiento de su función. Todo el *setting* debe estructurarse con miras a crear un ambiente propicio a la actividad interpretativa. Como dice Segal (1981. p. 103): “...(el analista) debe estar ahí como una persona cuya única función es comprender con simpatía y comunicar al paciente el conocimiento relevante que adquirió, en el momento en el cual el analizado está más apto para comprenderlo”.

La función de la interpretación es ayudar al paciente a colocar en palabras y pensamientos concientes las fantasías y sentimientos Inconscientes que lo preocupan e impiden su felicidad.

El objetivo es el *insight* y la consecuente elaboración (*working-thought*) de estos materiales inconscientes, en la medida en que ellos son los factores centrales para cualquier cambio duradero de la personalidad.

Esencialmente nada cambia en un análisis de psicóticos, pero algunas adecuaciones del *setting* y del analista se hacen necesarias, sin embargo *tendientes exclusivamente a la prosecución de esa tarea*. Como hice referencia anteriormente, una actitud calma, empática y consistente es fundamental para que el paciente se sienta bien recibido. En la experiencia de Boyer (1988) los pacientes introyectan rápidamente estas cualidades del analista. Mi experiencia es Idéntica: en la medida en que pasaron los años y fui teniendo más experiencia, tuve menos miedo, fui más optimista con los resultados de mi trabajo, más rápidamente mis pacientes regresivos se adecuan al *setting*; algunos, hoy, hacen referencia de como mi tranquilidad los ayuda a tener menos miedo de explorar sus conflictos. Como supervisor, he tenido la oportunidad de presenciar cambios bastante importantes, a veces dramáticos, en la relación de mis supervisados con sus pacientes, predominantemente debidas a la tranquilidad que trato de transmitirles. Quiero dejar claro que no adopto ni estímulo prácticas seductoras de reaseguramiento: me estoy refiriendo a una posición básica del analista que lo ayude a *entender* pues creo firmemente que solamente cuando el paciente se siente *entendido* en sus más profundas angustias es que se sentirá bien recibido, con amor y dedicación, por parte de su analista.

Pero entender no significa siempre interpretar: puede ser necesaria una escucha silenciosa en algunos momentos, pues la interpretación hace que el paciente se sienta

separado del analista y en casos de regresión severa esta sensación podrá ser mucho más aguda e insoportable. Recuerdo una paciente muy grave que me mandaba callar siempre que intentaba hablar, lo que despertaba en mí un fuerte sentimiento de ser rechazado. Pero no era así y mi insistencia me hizo perder esta paciente. Sólo después comprendí su necesidad de sentirse una sola conmigo. Pero ya era tarde.

No es posible prever todos los casos y los criterios para decidir la conducta correcta; dependerán de los sentimientos del analista en el momento como también de su experiencia clínica. Aunque sea muy vago podemos decir que *es necesario que la interpretación despierte una resonancia emotiva en el paciente* para que sea efectiva. Para ello necesitamos saber cuánta de nuestra experiencia perceptiva debe comunicarse al analizado, de qué forma y cuándo hacerlo (Rosenfeld, 1987, p. 15). Pero la experiencia adquirida con el análisis de pacientes psicóticos nos permite ya, establecer algunos criterios generales.

En primer lugar, es necesario que el analista contenga dentro de sí todas las comunicaciones (verbales y no verbales) que estuviere recibiendo hasta que se forme en su mente un entendimiento claro y un cierto grado de convicción. El mantenimiento de esta posición no es fácil cuando se trata de un paciente psicótico debido a la cantidad de angustias que experimentamos en un lapso muy breve. Tendemos a interpretar cualquier cosa, para aliviarnos del sufrimiento. Y el paciente sentirá exactamente esto: el analista intentando verse libre de él por no poder soportarlo.

En segundo lugar, es fundamental captar cual es la ansiedad predominante en el momento y de qué tipo (paranoide, depresiva, maníaca. etc.). La interpretación no puede ser vaga ni referirse a una miscelánea de contenidos, ni confundir contenido con defensas. Si nos imaginamos que el paciente ya está confundido, cualquier confusión de nuestra parte sólo hará aumentar la suya. Además, percibirá claramente la confusión, el miedo y la incertidumbre del analista, y lo hará *sintiéndose responsable*, lo que incrementa la culpa y la persecución.

Tercero, debemos percibir lo más claramente posible, cuál es el exacto significado de la transferencia en el momento. Como hice referencia anteriormente, el paciente se siente destrozado y cercado de objetos bizarros que no sabe son partes suyas. Cada una está ensartada en un objeto externo de los que él habla sin darse cuenta de ser él mismo. Necesitamos tener la convicción de cuál de aquellos objetos se refiere a nosotros. Debemos, más que con los no psicóticos, evitar las “me—interpretativas” para no enfrentarnos a una confusión mayor aún y perder todo el control sobre nuestras percepciones y la confianza del paciente en nuestra capacidad de discernimiento y discriminación ya que, por no poseerla él mismo, necesita la nuestra en forma crucial.

Cuarto, es importante relacionar todos los detalles de las identificaciones proyectivas, y no apenas la transferencia, para ayudarlo a poner en orden su caos de sensación y percepciones. En mi experiencia, las interpretaciones de los conflictos intrapsíquicos, sin referencia explícita al analista por un cierto tiempo, facilita al paciente recapturar partes suyas hasta llegar juntos, al entendimiento de la transferencia, lo que surgirá naturalmente en la medida en que comencemos a clarificar verbalmente el material caótico. Acostumbro “a dejarme llevar” por el paciente, explorando el material producido, sin ideas preconcebidas (hasta el punto en que esto es posible, pues mis preconcepciones estarán siempre presentes) en cuanto a encontrar “¿dónde estoy yo ahí?” Es muy posible que no esté en aquel momento en el centro de las preocupaciones del paciente a no ser como alguien capaz de oírlo y contenerlo, por ejemplo.

Quinto, en modo diferente de la técnica clásica, no debemos preocuparnos en interpretar primero las defensas y luego el contenido. Ambos deben ser interpretados simultáneamente. La técnica clásica pretende levantar las defensas y hacer surgir con plena fuerza el material reprimido y las ansiedades subyacentes. Al hacer esto con un paciente psicótico las ansiedades que surgen son de tal magnitud que no podemos darnos el lujo de esperar, es preciso interpretar simultáneamente estas ansiedades y las fantasías que las causan. Se debe interpretar *la experiencia total del paciente*.

Por último, es necesario unir, siempre que fuere posible, la transferencia a sus raíces genéticas, posibilitando una visión de continuidad de la vida del analizado. Cuando unimos la angustia del presente con la del pasado se instala una sensación de gran alivio y comprensión. Sé bien que algunos autores no le dan el valor a estas “construcciones”, modernamente, pero no entraré en esta discusión en este artículo.

En cuanto a la forma, la simplicidad es crucial. Si fuere posible usar siempre palabras de todos los días sin rebuscamientos intelectuales pensando que, al menos en lo que a mí respecta, el psicótico no intelectualiza tanto como el neurótico: *él simplemente no entiende*, no siente emocionalmente y su angustia se incrementa por el apremio de entender nuestro lenguaje “más adulto” del que él puede emplear, “más infantil”. Sentimientos de humillación y envidia se asoman a la superficie y, a veces, sólo un ataque fulminante al objeto envidiado representa una solución.

En lo referente al *timing*, si entendemos que la identificación proyectiva firme actúa desde el comienzo, y principalmente en el inicio, seremos capaces de interpretar las angustias más primitivas que se presentan en este periodo. No hay por qué esperar que “la transferencia se establezca” si aceptamos las ideas de Bion sobre las manifestaciones tempranas. Todo analizado trae ya, en su primera sesión, sus esperanzas y celos en dos niveles: uno, neurótico, bastante razonable; otro, psicótico, que asume la forma de esperanzas omnipotentes y angustias altamente persecutorias. Con el predominio de este último, estos primeros encuentros adquieren un colorido muy especial que se va desvaneciendo en los siguientes. Interpretarlos posibilita un mayor asentamiento del análisis en este vínculo emotivo inconsciente (Pacheco, 1983, p. 105), principal objetivo de estas Interpretaciones tempranas. No podemos tener la expectativa de que, con ellas obtendremos un *insight* duradero. El analizado puede hasta ni siquiera entender claramente o hasta negar, pero inconscientemente se sintió comprendido, disminuye la angustia del encuentro y facilita el establecimiento y desarrollo de la alianza de trabajo (Id., *ibid.*, p. 104). A pesar de ello, al mismo tiempo, en estas etapas iniciales de análisis, el entendimiento del analista despierta mucha envidia y humillación, tal vez menor cuanto más regresivo sea el paciente en función de su apremiante necesidad de entendimiento. No es que la envidia sea menor, pero puede tardar en aparecer. Pretendo abordar este tema con más detalles en un próximo artículo.

La guía principal para la interpretación en el análisis de pacientes psicóticos será siempre la contratransferencia: pensamientos, sentimientos y sensaciones, inclusive físicas, del analista. Como fue dicho anteriormente, el analista debe siempre autoobservarse, discriminar lo que es suyo de lo que está siendo “metido” hacia su interior por el paciente (De Paola, 1989). No propongo *confesiones* sino un empleo criterioso y adecuado de la contratransferencia. No debemos tener miedo a que el

paciente perciba nuestros sentimientos: la interpretación, cualquiera sea, *siempre informa al paciente sobre el estado mental del analista*. Creo que, en todo proceso analítico, el analizado también analiza a su analista, a veces con mucha propiedad, y son los pacientes extremadamente dependientes los que desarrollan una “sensibilidad inusitada al menor cambio en la actitud del analista” (Segal, 1983). Tales pacientes perciben con bastante exactitud las fallas de entendimiento de sus analistas y hacen críticas abiertas a los mismos. “Si el analista interpreta equivocadamente tales críticas como ataques sádicos, el paciente experimenta un gran sentimiento de culpa por su capacidad de entender la situación incluso mejor que su analista” (Rosenfeld, 1987). Es importantísimo distinguir tales críticas de verdaderos ataques sádicos. Si fuera una crítica acertada, la negación por parte del analista de aceptarla será desastrosa. En estos casos, debemos permanecer abiertos emocionalmente, no ser arrogantes, ni tener miedo a sentirnos humillados por la capacidad del paciente, e interpretar su capacidad de colaborar con el análisis, valorizando sus percepciones y tratando de integrarlas en su mente. La parte psicótica de la personalidad llene por fuerza de la identificación proyectiva firme, una gran capacidad de captar el estado emotivo de otras personas, pero

de *insight* propiamente dicho la falta es muy grande: estas “captaciones” quedan como flotando, amenazadoras, pareciendo ser especialmente agudas para los estados emotivos agresivos o de rechazo. Por ende, si la apertura receptiva de la mente del analista es uno de los mejores instrumentos de trabajo, también envuelve riesgos. El principal es actuar como si fuésemos aquel objeto que el paciente coloca dentro nuestro, al contrario de Interpretar. Según Segal (1981):”... al mismo tiempo que el analista está abriendo su mente libremente a sus impresiones, tiene que mantener distancia de sus propios sentimientos y reacciones al paciente. Debe observar sus propias reacciones, concluir a partir de ellas para emplear su propio estado mental para la comprensión de su paciente, *sin, en ningún momento, estar dirigido por sus emociones*” (Id., *ibid.* p. 119, subrayado mío). Aunque esto sea el equivalente de la función materna (Bion, 1967), puesto que los padres reaccionan instintivamente, “el analista sujeta su estado mental a un examen — una reflexión— no obstante pre-conciente la mayoría de las veces” (Segal. *id.*, *ibid.*).

## **Conclusión**

El tema es muy vasto y cualquier tentativa de agotarlo en un artículo está

conducida al fracaso. Espero haber dado una contribución personal a aquellos colegas que pretenden aventurarse en esta difícil tarea que es el análisis de pacientes psicóticos. Tales personas carecen de un tratamiento que los incite con soluciones más profundas, definitivas y duraderas. Aunque la tentativa de analizarlas pueda ser considerada todavía experimental, ya fue hecho mucho progreso por colegas de diferentes orientaciones teóricas y de diversas partes del mundo, progresos que autorizan a mantener un cierto optimismo.