

## La interpretación en la Psicosis

**Dr. Carlos Mendilaharsu \***

Agradezco en primer término a las autoridades del Congreso el haberme designado Discutidor de los relatos sobre Interpretación y Psicosis. Es realmente una satisfacción para mi poder hacerlo con los trabajos presentados por compañeros psicoanalistas que muestran indiscutiblemente, ser investigadores en el psicoanálisis de la psicosis.

El tema es polémico y se refleja en los trabajos, que si bien presentan algunos puntos de convergencia, también ponen de manifiesto posiciones teóricas y actitudes técnicas diferentes. En una primera aproximación, podríamos decir lo siguiente: los tres autores nos informan claramente sobre sus conceptos sobre la psicosis. De Paola apoya su marco teórico en pilares derivados de Klein y los postkleinianos, Bion, Rosenfeld y Segal particularmente, y parte de la premisa de que la psicosis puede ser analizada sin variar el método interpretativo empleado para la neurosis. Torres, partiendo de las bases fundamentalmente freudo-lacanianas no se pronuncia en forma afirmativa; considera que el método interpretativo tal como se le define y entiende en la neurosis no es posible en la psicosis. Al no existir en el paciente la estructura desiderativa, al no haberse constituido el orden del deseo como en la neurosis el tratamiento sólo es posible en la medida en que el analista lo aporte y “haga transferencia”, hecho que permitirá o será la forma de instituir ese orden ausente en el paciente. Berenstein, si bien presenta una interesante concepción sobre la psicosis considerando la desorganización psicótica

---

\* Colonia 1611– Montevideo

Discusión de los relatos presentados sobre el tema en el VII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. (San Pablo, 1988)

como el emergente de una estructura familiar inconsciente, no nos informa en este trabajo sobre sus ideas en relación con la posibilidad de interpretación, su lugar, su forma, etc. Nos dice, sí, que cree que el tratamiento de la familia puede ser ubicado en una teoría y una técnica psicoanalítica. ¿Debo deducir que Berenstein toma personalmente a su cargo el análisis del psicótico y de su familia o analiza al psicótico individualmente haciendo regularmente sesiones con la familia o introduce otras variantes? El tratamiento de la familia es dejado por los otros dos relatores (y en general por casi todos los que trabajan en este campo) a cargo de otros técnicos.

Yendo más al detalle creo conveniente detenerme en los dos puntos muy ligados entre sí y jerarquizados en los trabajos, relativos, uno a la génesis de la estructura psicótica, el otro, a la interpretación.

Con respecto a la génesis los tres relatores presentan hipótesis sobre la misma. Hay acuerdo en cuanto a su relación con los primeros meses de vida y sus mecanismos mentales y a la asociación con una carencia temprana y fundamental. Berenstein y Torres describen el medio familiar con cierta extensión. Torres destaca sobre todo la carencia de la función materna. Berenstein aporta conceptos personales de transparencia y opacidad en relación con el desarrollo temprano y el establecimiento de límites o por el contrario la indiscriminación, postulando una fase del vidrio anterior a la lacaniana del espejo. Destaca la importancia del lenguaje dentro de una teoría de las relaciones objetales, que lleva en condiciones habituales al establecimiento de objetos hablantes en el mundo interno. La demarcación entre mundo interno, mundo vincular y mundo social es condición, a su juicio, necesaria en este proceso. Si estos objetos son introyectados con características disociadas y/o fragmentados el Yo también tambalea. El lugar del padre que conceptualiza como función paterna se aproxima a la Ley del padre y a la castración simbólica lacaniana que constituyen la falta esencial en la psicosis. La sustitución del mundo social por el materno y familiar de la madre origina un desplazamiento hacia la endogamia con borramiento de la diferencia generacional y de los sexos. Acuerdos y pactos inconscientes del tipo enloquecedor—enloquecido constituyen la forma de mantenerse en esta estructura. Se puede afirmar que tanto Berenstein como Torres consideran a la psicosis como una estructura particular distinta de la neurosis.

De Paola, por el contrario, no establece una distinción tan nítida: la frontera entre neurosis y psicosis es para él menos definida desde los descubrimientos de Klein y los desarrollos seguidos por sus continuadores sobre las ansiedades precoces vividas en términos psicóticos. Como todos los kleinianos rechaza la idea de estadio autoerótico y

del narcisismo primario previos a cualquier relación objetal, hecho que también lo separa de los estructuralistas americanos que consideran en la psicosis la fijación y regresión de esos estadios. Al modo bioniano, considera una parte psicótica como integrante de la personalidad de cualquier persona, donde predominan los mecanismos primitivos del Yo para lidiar con ansiedades ligadas a las relaciones de objeto de las etapas precoces del desarrollo. Esta parte puede dominar a la personalidad total. No está de acuerdo en considerar a la psicosis como una “enfermedad familiar” y al paciente sólo como una expresión de esa enfermedad, como víctima de las proyecciones de su familia.

El lugar del narcisismo es señalado por los tres relatores. En nuestro medio Garbarino <sup>1</sup> ha teorizado la psicosis dentro de la patología grave del narcisismo haciendo hincapié en las perturbaciones de las identificaciones primarias.

En cuanto a la interpretación misma, que es el tema del Congreso: especificidad, alcance y propiedad de la interpretación en el área de la psicosis, solo haré referencia a los trabajos de Torres y De Paola. La exposición teórica de Berenstein centrada en la estructura familiar inconsciente en la cual el Yo psicótico se encuentra inmerso, no hace referencia a la interpretación. Sólo dice que lo llamado psicótico reúne un tipo de manifestación en la conducta del paciente que desencadena en el analista perplejidad y extrañez y opera mediante la ruptura del contexto lingüístico y semántico. ¿Es legítimo deducir de esta afirmación que no hay posibilidad de interpretar propiamente en la psicosis?

De Paola, por el contrario, al considerar una parte no psicótica en los pacientes psicóticos, desde ya admite que puede tener lugar una relación transferencial de tipo neurótico. Destaca dentro de esta posibilidad, a mi juicio muy justamente, las condiciones básicas que debe poseer el analista dispuesto a analizar psicóticos. Lo hace en términos de la capacidad de tolerar las ansiedades despertadas por el nivel de las angustias primitivas que emergen en la situación transferencia–contratransferencia y la necesidad continua de autoanálisis o de reanálisis periódicos. El analista puede temer vivenciar la misma situación psicótica que el analizando por movilización de ansiedades propias no elaboradas. Para De Paola éste es el origen o causa profunda de las teorías que niegan la posibilidad de analizar material psicótico predominantemente en la

---

<sup>1</sup> Garbarino, H. “Estudios sobre narcisismo”. Biblioteca Uruguaya de Psicoanálisis. Vol. 2 1986

personalidad del analizando. Si bien estoy de acuerdo en que éste puede ser un factor importante, no creo que sea el único. Hay otros factores que dependen del momento del trabajo y muchas veces lamentablemente de la cristalización y endurecimiento de los dinamismos psicóticos actuantes en el proceso, donde el analista se ve impedido o limitado de actuar analíticamente y tiene que adoptar otras medidas.

Estudia De Paola con agudeza el concepto de identificación proyectiva donde destaca, siguiendo a Rosenfeld, los aspectos destructivos como modo de ataque o fusión pero también su importancia como medio de comunicación preverbal. La interpretación del material psicótico necesita la comprensión del material preverbal. Berenstein le adjudica a este mecanismo un lugar importante en la psicosis pero al parecer sólo substituyendo a las manifestaciones del pensamiento verbal. Tomando como base los conceptos anteriores, De Paola considera que salvo algunas adecuaciones del setting que apuntan exclusivamente a proseguir la tarea, la interpretación en el análisis de psicóticos poco difiere de la de los análisis de neuróticos. La transferencia no necesita desarrollarse ya que está allí desde el comienzo.

Como he dicho anteriormente, Torres se aparta de esta posición. Señala adecuadamente a mi juicio que al no ser la psicosis una categoría homogénea, la exteriorización clínica y el trabajo en el campo pueden modificarse sustancialmente pero agrega y en esto difiero, que en conjunto, a] no darse la base desiderativa Inconsciente, no hay posibilidades de interpretar en sentido estricto. Se pregunta sobre el carácter de sus intervenciones: su participación más activa, la imposibilidad de una verdadera atención flotante, etc. La asociación libre le parece también dudosa. Subraya la exigencia y el esfuerzo personal por parte del analista y la necesidad de un equipo terapéutico que proporcione coordinación, adaptación. etc. y recursos grupales de distinto tipo. El valor práctico de esas acciones son indudables pero plantea dudas con respecto a si los resorte teóricos son de orden propiamente psicoanalítico. Sin embargo, considera que la función materna, cuyas falencias han tenido tanta importancia en la génesis de la psicosis, puede ser *asumida* por el analista como forma de instituir el deseo del paciente.

Después de esta visión necesariamente esquemática donde he tratado de sintetizar las posiciones de los tres relatores, no creo que tenga que llegar a conceptos de

irreductibilidad entre sus respectivas teorías y prácticas. Diría que cada una de ellas tiene su parte valedera. Cada analista usa con derecho teorías y modelos propios asentados sobre su experiencia y sobre conceptos extraídos de *autores* que valora que lo han precedido, conceptos que ha procesado internamente y desarrollado en forma muchas veces original. Esto ha sido explicitado abiertamente por las grandes figuras del psicoanálisis después de Freud, por Bion, Klein, Winnicott, Lacan, etc. El pluralismo teórico es importante, da lugar a la polémica creativa. Además creo que la complejidad de lo que llamamos psicosis, en la diversidad de sus expresiones clínicas, admite lo distinto y plural. 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, o el paciente que está en tratamiento una vez finalizado el brote, etc. En el curso de cerca de 30 años de trabajo con psicóticos he enfrentado una amplísima gama de situaciones.

Las reglas fundamentales que caracterizan el método analítico en las neurosis no pueden cumplirse en todas las situaciones mencionadas, lo que inevitablemente da características particulares a la actividad del analista. La asociación libre, aunque sea formulada, no es frecuentemente puesta en juego por el paciente y esto por distintas razones: porque ha entendido en una forma personal la explicitación de la regla; por disturbios en el campo del lenguaje (que mencionaremos luego) y que condicionan alteraciones en la comprensión; otras veces son largos silencios en que la transferencia psicótica delirante adopta un carácter definitivamente negativo. La fantasía habitual en esta situación es que el analista, debido a la actuación de fenómenos proyectivos, se convierte en un intruso que quiere meterse dentro de su pensamiento. Es obvio que cualquier intervención en esta forma de transferencia será sistemáticamente descartada, rechazo que puede ser explícito o más sutilmente anulado por “no oí lo que dijo” o “no entendí” o por una tergiversación del sentido de la intervención con carácter netamente defensivo.

También la regla de abstinencia en el curso del trabajo con psicóticos sufre múltiples transgresiones que inciden en la transferencia y en la actividad interpretativa. Estoy de acuerdo con O. Mannoni cuando dice que un brote agudo en el psicoanálisis del psicótico se anuncia por una llamada telefónica del paciente o de la familia. Un analista clásico como Rosenfeld comienza algunos análisis en pacientes institucionalizados y luego en los casos favorables continúa en el consultorio, recibiendo informaciones del personal de la institución sobre la conducta del paciente durante las interrupciones. Esta

conducta es frecuentemente seguida en nuestro medio con este tipo de paciente. La institucionalización que parecía algo absolutamente inevitable en pacientes crónicos muy agresivos, felizmente es menos frecuente desde que un amplio espectro de drogas permiten evitarla o reducirla en el tiempo. En mi país, es muy habitual que los psiquiatras envíen psicóticos a un psicoanálisis y que los sigan controlando desde el punto de vista de la medicación.

En el contrato que establezco inicialmente para trabajar con un paciente psicótico exijo dos condiciones: Una, contar con una persona de la familia que se haga responsable de la concurrencia del paciente al consultorio, del pago de los honorarios, etc. y a la cual puede recurrir en diversas situaciones complicadas que surdan en el análisis del paciente. Es una elección difícil de realizar, porque los familiares directos que son los que acompañan casi siempre al paciente en las entrevistas iniciales, son personas en general muy perturbadas. La otra es la participación de un psiquiatra con formación analítica que se hará cargo de la medicación en el caso necesario, de las entrevistas que soliciten los familiares, de la indicación de la terapia familiar y/o individual de otros integrantes u otras formas donde la inclusión del paciente o no, será decidida por el analista y el paciente de acuerdo a la marcha del trabajo. Cuando se trata de un brote agudo que requiere medicación, mi conducta es que las sesiones continúen al mismo ritmo anterior al brote. Si el paciente se niega a continuar las sesiones en la institución, en caso de estar internado, espero que el paciente pueda concurrir al consultorio. Searles<sup>2</sup> que se autocalifica analista no clásico hace traer al paciente por el personal de enfermería o se traslada a la habitación del paciente si esto no es posible. En los últimos años varias líneas psicoanalíticas sostienen la necesidad del trabajo sistemático con la familia pero esto se realiza de distintas maneras. Los colegas conocerán la técnica que García Badaracco<sup>3</sup> desarrolló y perfeccionó a lo largo del tiempo y que le ha permitido realizar profundas investigaciones sobre la estructura psicótica por lo que me eximo de consideraciones más extensas. *En nuestro* medio formas diferentes de trabajo con el paciente y la familia han sido desarrolladas por analistas como Gadea, Morón y Vares.<sup>4</sup>

Coincido con los autores que describen frases en el mismo, especialmente en una

---

<sup>2</sup> Scarles, H. Escritos sobre esquizofrenia'. Barcelona. Gedisa, 1980

<sup>3</sup> García Badaracco, .1. TI psicoanalista trabajando con pacientes psicóticos Rev. de Psicoanálisis, 40: 19-26, 1983

<sup>4</sup> Gadea, H., Morón. R. y Vares. A. Comentarios acerca de la técnica con psicóticos. Jornadas de A.P.U. Montevideo. 1987.

primera fase “sin contacto” o de “aparente falta de contacto”, de un período inicial pre—simbiótico y un período posterior simbiótico que se resuelve en condiciones favorables en un período final de separación gradual y particularmente delicado. Sin embargo, esta fase sin contacto la he encontrado solamente en casos crónicos que inician un tratamiento psicoanalítico.

En las condiciones que acabo de resumir brevemente el problema de la interpretación requiere ciertas puntualizaciones. No voy a exponer mi teoría personal sobre la psicosis que he tratado en anteriores publicaciones:<sup>5</sup> sólo diré que para poder interpretar es cesado tener una o distintas hipótesis sobre la estructura específica y sobre los dinamismos en juego. En mi concepción sobre el aparato mental de este tipo de paciente coincido con De Paola en la existencia de una parte no psicótica capaz de establecer transferencia.

Las características yoicas que tienen su origen en las primeras etapas del desarrollo por fallas en las primeras identificaciones, son las de un Yo con múltiples clivajes y una organización endeble que hace que sus funciones y sus estrategias defensivas estén perturbadas en forma sistemática, poniendo en juego dinamismos primitivos. Por otro lado postulo la existencia de un sector destructivo de la personalidad constituido básicamente por introyectos malignos, con características del no—vínculo entre sí, que he llamado núcleo amalgamático. Este acumula a partir de la hora O, en el curso de la vida, las experiencias negativas que hacen cada vez más fuertes en su función perturbadora. No puedo extenderme sobre las distintas eventualidades que se dan cuando la invasión del sector destructivo desorganiza y fragmenta a este Yo y a sus configuraciones narcisistas poco cohesivas. El núcleo amalgamático desde luego, sin potencialidad transferencial, queda al margen de la tarea interpretativa que se cumple con el Yo restante por medio del que se instala una transferencia narcisista. En esta “atmósfera” enrarecida por dinamismos psíquicos primitivos donde la identificación proyectiva patológica y el clivaje predominan, se justifica la denominación de transferencia psicótica. En algunos pacientes, adolescentes y/o adultos, aparecen “modelos relacionales” vinculados con la identificación adhesiva de Meltzer.

En las primeras etapas del tratamiento evito en general la intervención propiamente

---

<sup>5</sup> Mendilaharsu, C.: Una preposición revolucionaria Into”. Rev. Urug. de Psicoanal., 62:25-32. 1983.

Mendilaharsu, C.: “Algunas reflexiones Sobre el pensamiento y lenguaje en la psicosis. Temas de Psicoanal. 6; 1985.

Acevedo de Mendilaharsu, S.: “Reflexiones sobre el psicoanálisis de la psicosis. Rev. Urug. de Psicoanal., 66: 9–37. 1987.

interpretativa: considero que lo fundamental es la actitud receptiva, firme, de paz, y tranquilidad, que De Paola describe con gran justeza. Esto no significa desconocer la posibilidad de algunas interpretaciones precoces como lo sostiene De Paola pero no lo considero siempre posible.

La interpretación propiamente dicha, tal como se la puede entender en la neurosis, necesita no sólo de un vínculo transferencial, aún cuando éste sea inestable, sino del restablecimiento de la interacción dialógica si se ha producido una ruptura previa con funcionamiento monológica del sujeto. En trabajos anteriores hemos estudiado sobre bases lingüísticas en un sentido pragmático e interactivo (Behares) el lenguaje esquizofrénico. La producción verbal interdialógica requiere desde luego la conservación del valor signo de la palabra y de su significación compartida. Coincido con Berenstein en que la ruptura del contexto lingüístico ocurre frecuentemente en la psicosis, pero no lo extendería a todas sus formas ni tampoco a una permanencia o fijeza en el tiempo. Puede ser “momentos” en los que evidentemente la interpretación no tiene lugar.

Por último: ¿qué se busca con la interpretación en la psicosis? El analista dirigido en gran parte por la intuición y por sus reacciones emocionales actúa, interpretando en dos sentidos: 1) El primero, orientado a la reconstrucción del Yo, puede en forma gradual lograr que “fragmentos” dispersos del mismo puedan ser reincorporados a través de dinamismos introyectivos. (Searles va más allá de esta línea sosteniendo que reconstruye el Yo del paciente en su propio aparato mental y se le devuelve al paciente una vez unificado.) En este proceso intervienen decisivamente identificaciones con el analista. 2) El segundo se dirige al delirio y a los fantasmas psicóticos. Este es un proceso extremadamente lento y gradual que encuentra en primer lugar “la pétreo muralla de la convicción delirante”. No hay que olvidar que el delirio es una neorealidad que en determinado momento resulta vital para el paciente. Las estructuras delirantes tienen infinitas formas con participación variable de fenómenos alucinatorios y de fragmentos pseudológicos, a veces constituyendo el existir del paciente, mientras que en otras situaciones ocupan un sector, muy “escondido” constituyendo *lo* que he llamado en trabajos anteriores “subsistemas delirantes”. La tarea de ir desentrañando esa maraña delirante en la que intervienen dinamismos psíquicos patológicos combinados en fórmulas distintas, en simultaneidad con el proceso de reconstrucción yoica, puede llevar a un paciente psicótico, en un largo lapso, a recobrar su individuación, a volver a ser humano y vivir en paz en un mundo socializado y compartido.