

Sobre la tendencia al "enactment" en los duelos psicóticos¹

Jorge L. Tizón*

1. Acerca de la noción de *enactment*.

La noción de *enactment* posee una cierta actualidad psicoanalítica. No sólo por algunos de los trabajos presentados en el 43º. Congreso internacional de la API, sino también por las discusiones y comentarios frecuentes en numerosas sociedades y publicaciones regionales o internacionales de psicoanálisis. Así, una revisión sin ánimo de ser exhaustiva me ha proporcionado más de cien referencias bibliográficas cuyo contenido e interés aquí no puedo ni tan siquiera resumir.

Por ello, para introducir mi trabajo, prefiero proporcionar una breve visión de mi perspectiva sobre el tema, para entrar después en los apartados más clínicos de este trabajo.

En mi opinión, para reflexionar sobre este tema hemos de partir de dos asunciones básicas en la psicología actual: 1) En buena medida, *el pensamiento es acción interiorizada*; y 2) *no*

1. Artículo que parte de la intervención del autor en el Panel sobre "Enactment and Trauma" del 44º Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional (API-IPA), Río de Janeiro 28 al 31 de julio 2005. Se incluyen asimismo algunos textos del libro del autor "Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis".

* Miembro de la Sociedad Española de Psicoanálisis, Institut Catalá de la Salut & Universitat Ramon Llull, Barcelona (Spain). E-mail: jtizon@gencat.cat

hay pensamiento sin acción. El pensamiento es una depuración de acciones y tendencias a la acción, pero ni tan siquiera en las situaciones de pensamiento más abstracto o controlado, al pensamiento dejan de acompañarlo acciones, movimientos corporales en el espacio-tiempo, que muestran su origen filo y ontogenético. Como ya percibió en este campo y en otros muchos Hughlings Jackson, la acción queda subsumida, integrada estructuralmente, pero no desaparece. Los movimientos corporales, por ejemplo, los movimientos oculares, acompañan siempre al pensamiento, a la actividad mental. De esa forma, la acción, frecuentemente, transmite estados mentales más profundos que los que intenta o no comunicar verbalmente el sujeto. Ese es el fundamento, por ejemplo, de determinadas formas de detección conductual de la mentira y los mentirosos.

En esa línea, creo que la siguiente asunción de la cual hemos de partir es que también en el psicoanálisis, la más verbal o digital de las terapias, siempre hay acciones; y no sólo por parte del analizando, sino del analista. Y no sólo como fruto de los "acompañantes corporales de la emoción", sino incluso como fruto de los momentos más cognitivizados o controlados del tratamiento. Tanto desde el punto de vista psicoanalítico como desde el psicológico más amplio, hoy es científica y técnicamente irrelevante mantener lo contrario (Mayes y Cohen 1993).

Posiblemente esa es una de las razones de la progresiva reintroducción de la acción en la conceptualización psicoanalítica, primero con el concepto de actuación, casi siempre restringido a una relación entre determinadas acciones y el ataque o ruptura del encuadre analítico que suponen o intentan. En ese sentido, *acting-in* y *acting-out* se refieren a esas supuestas rupturas del encuadre analítico provocadas por el paciente dentro o fuera de las sesiones: se trata de conceptos que, si bien han sido definidos y tratado con rigor por numerosos psicoanalistas (Folch 1989; Etchegoyen 1991, 1999; Feldman 1994; Hirsch 1998, Roughton 1993; Widlocher 2004), como conceptos psicoanalíticos adolecen al menos de tres tipos de problemas: 1) Un problema teórico, que tiene que ver con una insuficiente captación de la relación

entre pensamiento, lenguaje y acción por parte de la teoría psicoanalítica. 2) Un problema teórico-técnico, pues suponen una determinada visión de la actividad "curativa" del psicoanálisis basándola abusivamente en el intercambio cognitivo, verbal, digital, intelectual, entre analista y paciente, cosa harto dudosa desde una perspectiva psicoanalítica (o psicológica) más actualizada. 3) Un problema técnico, pues se presupone un tipo de campo analítico en exceso unidimensional, monodireccional, asimétrico, y no un campo más dual, vincular, relacional, emocional, en el cual, si bien los intercambios del analista hacia el paciente tratan de ser regulados por su mundo interno y su técnica, ello no excluye que existan y deban estudiarse movimientos no sujetos a esos controles más o menos técnicos, interacciones en exceso superyoicas o poco elaboradas, a menudo en exceso idealizadas y/o en ocasiones basadas en la disociación de otros aspectos de la mente del analista.

En este sentido, el paso siguiente en la "deconstrucción" de los tratamientos analíticos para su estudio pormenorizado ha sido el reconocimiento de la realidad de la existencia de determinadas "actuaciones" coordinadas del paciente y el analista. A las más llamativas de las mismas, o a las que han comenzado a estudiarse primero, es a las que designamos con la noción, aún no suficientemente delimitada, de *enactment* (Jacobs 1986, McLaughlin 1988, Feldman 1994, Fingert 1997, Hirsch 1998), o con términos y nociones propuestos incluso más recientemente, tales como la de *actualización* (Roughton 1993,1994).

En la práctica de cualquier tipo de tratamiento, incluso de los más limitados técnicamente al intercambio únicamente verbal, como en el caso del psicoanálisis y sus terapias derivadas, siempre hay dosis más o menos altas de acción, de efeción psicomotriz (o verbal). Desde luego, siempre hay mucho más acción, tanto inevitable como evitable, de lo que aconseja o dictamina una visión idealizada del encuadre o *setting analítico*. Es ese sentido, la actuación es una consecuencia funcional de encuadre. Encuadres rígidos, en general, parecen promover una mayor tendencia a romperlos, luchar con ellos, discutirlos, una mayor aparición de la

tendencia a la acción propia de todos los animales dotados de emociones.

Acting-in y *acting-out* son pues conceptos claramente referidos al encuadre, marco o setting y sus interrupciones -en general, atribuidas al paciente. Se refieren pues a las rupturas del encuadre promovidas por uno de los miembros de la diada terapéutica (Grinberg, 1968; Etchegoyen 1999; Money-Kyrle, 1978). En realidad, bien sea por los excesos de rigidez del encuadre, o bien sea por los errores contratransferencialmente promovidos del analista (Etchegoyen, 1999; Racker 1978), habría que considerar incluso que ningún *acting* se realiza sin la colaboración del analista (como decimos, bien por defectos en el encuadre como por excesos del mismo). En un largo proceso de intercambio interpersonal y emocional como es un psicoanálisis, es imposible evitar momentos de *acting*. Para las situaciones en las cuales esa tendencia a la acción está dualmente, vincularmente determinada, y es dramatizada incluso por el analista, para esas situaciones tal vez sea para las que convenga reservar el concepto de enactment (Hirsch 1998; Renick, 1997; Cassorla 2004; Perelberg & Levinson, 2003). Si eliminamos aureolas idiomáticas, posiblemente tendríamos que hablar de *actuaciones dramatizadas de la dupla*. Desde su uso pionero por Jacobs (1986) y McLaughlin (1988), parece que el término enactment tiende a ser referido a tales situaciones. Con muchas de las dudas sobre el tema aún no resueltas, hoy prefiero la convención de que esa noción/concepto intenta designar una dramatización accionada y abierta de los problemas no resueltos de la diada o dupla analítica (Rosen, 1992; Feldman 1994, Stewart 1989, 1991; Gabbard 2003; Cassorla 2004; Margueritat, 2004; Tizón, 2007).

En ese sentido deseo mencionar al menos tres matizaciones iniciales: La primera, que parece entenderse comúnmente que el *enactment* es una forma de actuación, es decir, que es una alteración técnicamente inadecuada del encuadre -aunque a menudo, tal afirmación no se explicita abiertamente-. La segunda, que, sin embargo, como todo fenómeno real que ocurre en el campo analítico real, debe ser estudiado y puede ser utilizado para mejorar

nuestras técnicas, nuestras teorías e incluso algunos tratamientos concretos no muy alterados por dichas interrupciones. La tercera, que algún tipo de *enactment* es imposible de evitar y, por tanto, frecuente, en todo tratamiento psicoanalítico. Son matizaciones que tienen mucho que ver con las nuevas formas de estudiar el psicoanálisis que van progresando en la dirección de *deconstruir* al analista como un todo y profundizar algo más en los componentes y apartados del terapeuta, una línea puesta ya en marcha por psicoanalistas como Ferenczi, Tausk, Winnicott, Kohut, Klein, Bion, Meltzer y otros muchos.

Como muestras representativas de esas vivencias que se expresan con o producen a menudo algún tipo de *enactment*, suelo utilizar al menos dos. El humor y el sentido del humor expresados en la dupla analítica dentro de las sesiones, y la acción de determinados traumas o, mejor dicho, procesos de duelo y relaciones internas conflictivas profundamente alteradas y alteradores es decir, profundamente psicóticas (en el sentido de esquizoparanoideas y/o confusionales primitivas). Por eso tal vez el humor y el sentido del humor tienen tan *mala prensa* en el psicoanálisis clásico, aunque son realidades casi omnipresentes. He intentado recientemente sendos estudios desde la perspectiva contraria: la perspectiva de su utilidad terapéutica (Tizón, 2005). En el mismo sentido, *los procesos de duelo*, como elementos básicos de la vida emocional y relacional que son, si no resultan suficientemente elaborados por el par analítico, tienden a promover actuaciones por parte del paciente y, si el análisis prosigue, *enactments* más o menos evitables o abigarrados por parte de la diáda.

El sentido del humor ha sido a menudo proscrito de las técnicas analíticas y de casi cualquier técnica asistencial porque se le emparejaba forzosamente con un *acting-in* o con un *enactment maníaco*: es decir, con una actuación mutua maníaca, con una conflictiva no analizada de transferencias y contratransferencias irresueltas. Pero, en mi opinión, ello puede suponer el dejar de utilizar un potente recurso terapéutico (el humor), dentro del grupo de los más potentes componentes mutativos del psicoanálisis: los intercambios emocionales. Un recurso terapéutico y relacional

que es fundamental, por ejemplo, para el trabajo con relaciones analíticas gravemente melancólicas o fóbicas, con niños y pacientes con psicosis.

En el otro ámbito, mi idea actual, siguiendo a M. Klein (1940), es que *los procesos de duelo* son reacciones humanas inevitables ante todo trauma y, sobre todo, ante toda pérdida, conflicto, dolor o frustración crónicos, o ante toda relación que los produce (Tizón 2004a). En ese sentido, el psicoanálisis, como *el tango argentino, la copla española, el fado portugués y gran parte del folclore popular*, se mueve continuamente entre procesos de duelo, se basa en los procesos de duelo y produce procesos de duelo. Un componente emocional fundamental de cada tratamiento psicoanalítico son dichos procesos de duelo, y, por lo tanto, uno de sus principales elementos mutativos.

Hoy debiera resultar evidente que el tratamiento psicoanalítico es un tratamiento basado en los intercambios emocionales, vehiculizados técnicamente por la palabra, que se dan dentro de un encuadre determinado. En ese sentido, excesos de acción o de dramatización no pueden sino manifestar problemas de elaboración por parte de la diada. Problemas de elaboración a veces inevitables, sí, pero problemas: como muestran numerosos trabajos al respecto, tales dramatizaciones mutuas descontroladas (o controladas) son sucesos que conviene limitar y, desde luego, analizar.

Incluso desde perspectivas como la propia, en la cual los principales elementos mutativos de la terapia psicoanalítica son la relación interpersonal y el intercambio emocional que se da en la misma, actuaciones y dramatizaciones mutuas deben ser contenidas y elaboradas, al menos por dos motivos fundamentales. Uno, porque su acumulación hace que perdamos la noción del marco necesaria para entender los procesos emocionales que en él ocurren. Segundo: porque para el viaje de "hacer lo que nos dictan nuestros sentimientos, nuestra contratransferencia" tal vez "no se necesitaban alforjas", no se necesitaba la larga y costosa obligación de analizar nuestros propios conflictos y puntos ciegos, estudiar una teoría y una técnica, analizar una y otra vez nuestras

capacidades, errores y dificultades de captación de los procesos analíticos con pacientes en las supervisiones, etc. Para un viaje sin las limitaciones técnicas que marca el encuadre analítico pueden existir otros modelos terapéuticos tal vez más útiles de lo que pensábamos (y, desde luego, mucho más "espontáneos" o "naturales") (Keenan, 1995; Kohut, 2002; Roughton, 1994; Hermann, 2003).

Por el contrario, lo fundamental del encuadre psicoanalítico consiste en proporcionar a la diada analítica, es decir, al paciente y al analista, un contacto afectivo intenso y continuado pero dentro de las paredes de la contención. Y hablo de la contención en el sentido en el cual la he redefinido recientemente desde un punto de vista postkleiniano: como la capacidad de percibir y recibir dentro las ansiedades y sufrimientos del otro, del paciente, manteniéndolas en nuestro interior hasta que podamos devolvérselas algo más elaboradas (Tizón 2004 a, 2007). De ahí la importancia de entrada de empatizar con el paciente, estar en contacto con su humor, sus humores-emociones y sus sufrimientos. Es la única forma de evitar actuaciones propias y comunes, es decir, *enactments*, dramatizaciones en la relación contratransferencialmente determinadas. En este caso, y parafraseando a Freud, la sombra de la relación, que no la totalidad de la relación, cae sobre el Yo del analista, tanto sobre sus capacidades yoicas e identidad personal como sobre su identidad profesional. Por eso digo que en determinadas dramatizaciones mutuas, a través de identificaciones proyectivas masivas que dan lugar a actuaciones no elaboradas de la transferencia y la contratransferencia, la sombra de la relación cae sobre el Yo y el *nosotros* analítico, encegueciéndolo (Gabbard, 2003; Stewart 1989; Cassorla, 2004). Es el peligro de una concepción racionalista simple del psicoanálisis, que aún sigue pesando en muchas de nuestras conceptualizaciones. Según ella, las interpretaciones son las que promueven los cambios en ambos componentes de la diada y no las emociones mutativas transmitidas a través de las mismas y dentro de un encuadre que la interpretación ayuda a contener (lo cual significa que la interpretación no es el recurso sino, casi siempre, un medio, entre otros,

para transmitir las emociones mutativas).

Muchos analistas han glosado cómo la impotencia de la palabra, el continuado fracaso de nuestras comunicaciones verbales, es un motivo de enactments, de dramatizaciones mutuas colusivas (Rosenfeld 1964, 1966; Feldman 1994; Cassorla 2004). Pero no partir de las limitaciones de la palabra y del intercambio verbal, es no haberse enterado de los fundamentos y limitaciones de nuestra técnica (y, tal vez, de nuestra teoría de la técnica). Basta con intentar tratar psicoanalíticamente con suficiente seriedad -y apoyados adecuadamente por un equipo competente-, a un niño con un trastorno generalizado del desarrollo o a un adulto con "esquizofrenia", para enterarse de una vez por todas de las limitaciones de la palabra, y de las limitaciones de nuestra técnica y de nuestras tendencias a actuar por ansiedades no elaboradas. Por eso, para ilustrar este tema, se me había ocurrido participarles a ustedes de esas tendencias y limitaciones en el trascurso de tratamientos con pacientes con psicosis clínicas. En el bien entendido, de que, como he recordado recientemente (2004b; 2007), para mí el tratamiento psicoanalítico y, desde luego, la psicoterapia psicoanalítica, siguen siendo terapias fundamentales para este tipo de procesos psicopatológicos graves (siempre que se integren en una terapia combinada adecuadamente diversificada). De ahí mi interés en este trabajo de poner en relación los procesos de duelo psicóticos y determinadas actuaciones que ocurren o pueden ocurrir en los tratamientos psicoanalíticos.

Por definición, desde el punto de vista psicoanalítico, "lo psicótico" tiene que ver con el acúmulo en la mente y en la relación de elementos no suficientemente simbolizados, no suficientemente integrados en el conjunto de significaciones al que llamamos "mente", "identidad", "sujeto" (self); tiene que ver con el predominio de lo que Bion (1970) llamaría los *elementos beta*. Por definición también, con esos elementos no queda otra alternativa que contenerlos en el interior de la diada analítica lo suficiente y con suficiente intensidad afectiva como para rescatar capacidades transformadoras del propio paciente y de la relación; o bien evacuarlos más o menos violentamente al exterior, en identi-

ficaciones proyectivas masivas más o menos colusivas, que suelen dar al traste con los tratamientos y con la evolución del paciente. Por eso había pensado poner ejemplos de esos tratamientos psicoanalíticos para mostrar desde esa perspectiva la tendencia a la dramatización mutua y colusiva a la que llamamos *enactment* y la importancia de intentar tener en cuenta y analizar sus manifestaciones (Anderson, 1999, Jackson, 2001). Ello implica mi consideración del *enactment* como un problema y un error, tanto emocional como técnico. Pero un error y un problema que, como decía, hoy conviene reconocer, observar y estudiar tanto en sus antecedentes, para evitar su aparición y valorar sus causas, como después de que ocurra, si no ha sido posible evitarlo (Goldberg, 1995; Anderson, 1999; Gabbard, 2003; Comisión Deontológica, 2004), tanto mediante autoobservación como en las supervisiones y "puestas en común" entre todo tipo de analistas.

En otros lugares he intentado una breve descripción de las situaciones en las cuales el *enactment* resulta facilitado en el tratamiento de orientación psicoanalítica de pacientes con psicosis. Dentro de ellas, hemos de considerar al menos las situaciones de desorganización del encuadre promovidas por el paciente o por el terapeuta; las situaciones (no tan excepcionales) de delirio compartido y entre ellas, aquellas en las cuales una supuesta teoría o hipótesis aventurada juegan el papel de delusión en el terapeuta; también, por supuesto, cuando se dan situaciones de perversión o psicosis en la transferencia y, desde luego, cuando la situación se desliza hacia una perversión o una psicosis de la transferencia. El paso a la psicosis o perversión de la contratransferencia inevitablemente irá acompañado de actuaciones del terapeuta más o menos acompañadas por las del paciente, es decir, a *enactments*. Pero también habríamos de ser capaces de percibir las diferentes formas de *enactment* que ocurren en los tratamientos psicoterapéuticos o psicoanalíticos de pacientes con psicosis en situaciones más normales en tales tratamientos. Me refiero a los largos períodos en los cuales la relación dominante en la terapia es la propia "organización psicótica de la relación", es decir, la *organización relacional simbiótico-adhesiva* (Tizón, 2007). Como he

desarrollado en otras ocasiones, la organización relacional simbiótico-adhesiva es la característica relacional más invariante en todas las psicosis y, con un terapeuta no suficientemente "inspirado", formado y experimentado, posee una enorme tendencia a predominar en el tratamiento. No es infrecuente que lo domine, dando lugar a actuaciones demostrativas de la pasividad y la desesperanza que implica en el fondo, o bien a reacciones y actuaciones maníacas reactivas no suficientemente elaboradas por la dupla. El estudio de estas situaciones es de especial interés pues, en mi opinión, frecuentemente los encatments en las terapias psicoanalíticas implican elementos de transferencia y contratransferencia psicóticas y de procesos de duelo vividos en posición esquizo-paranoide.

2. Procesos de duelo y psicosis

Durante los últimos veinte años he intentado perfilar, integrar y simplificar para la asistencia los conceptos sobre el duelo desde una perspectiva psicoanalítica y biopsicosocial, partiendo para ello de estudios tanto clínicos como empíricos. En ese sentido, he propuesto agrupar nuestra conceptualización de los duelos en *duelos normales, complicados y patológicos*, con las actitudes asistenciales diferenciadas que he llamado *acompañar, asesorar e intervenir* (especializadamente). También he intentado una agrupación de los momentos o fases de todo proceso de duelo y de las tareas motivacionales, afectivas y cognitivas con las que nos vemos enfrentados en las mismas, resumidas en la tabla 1 (tomada de Tizón 2004a). Estoy especialmente preocupado por la progresiva introducción de diferentes tipos de duelo dentro de la práctica psiquiátrica biopsicologista habitual e incluso en sus clasificaciones (Prigerson et al. 2009), aunque es un tema que no puedo tratar aquí, y que he intentado desarrollar en trabajos anteriores.

Un resultado de los trabajos tanto de Freud (1914,1917), de Klein (1940, 1946), de Bowlby (1980), como de los propios (2004 a, 2007, 2009) podría ser la delimitación de un tipo concreto de

duelos, a los cuales llamé "duelos psicóticos": aquellos que se procesan fundamentalmente en posición esquizoparanoide o que se hallan demasiado infiltrados por ansiedades confusionales. Para delimitar un poco más el concepto (2007), he preferido hablar de *duelo psicótico* para designar un tipo de duelo que agrava o relanza el cuadro clínico psicótico o que pone en marcha un episodio psicótico clínico, diferenciándolo del *duelo vivido en posición esquizoparanoide*.

Se trata en este caso de procesos de duelo *psicodinámicamente psicóticos*, que pueden dar lugar o no a un cuadro clínico psicótico, aunque sus defensas y ansiedades fundamentales sean las que ya Melanie Klein llamó "psicóticas": las propias de la posición esquizoparanoide (Klein 1940, 1946; Stewart, 1989; Tizón, 1999 a, 1999b, 2003).

Los *duelos psicóticos* propiamente dichos suelen darse en personas con una estructuración-desestructuración psicótica, pero también en las personas y momentos con importantes fallas y desequilibrios de estructura psicológica a las que llamamos pacientes o procesos fronterizos (entre lo neurótico y lo psicótico). Sin embargo, los procesos de *duelo psicodinámicamente psicóticos* o *vividos fundamentalmente en posición esquizoparanoide* pueden darse en cualquier otro sujeto, dependiendo de una serie de variables y circunstancias de la pérdida (Kernberg, 1992; Tizón 2009).

Desde esta perspectiva, sería sumamente interesante, tanto desde el punto de vista clínico como teórico, aclarar qué es lo que hace que, en términos generales, un proceso de duelo pueda ser procesado fundamentalmente en *posición esquizo-paranoide*, es decir, dominado por ansiedades y defensas, fantasías y sentimientos propios de esa posición o estructura relacional o incluso por ansiedades más precoces, tales como las ansiedades "confusionales primitivas" o de "diferenciación-indiferenciación".

Recientemente (2005) he mencionado siete factores o características:

- Las variables que influyen en cada duelo: en especial, las que hacen que a algunos de ellos los designemos, a

menudo ya "de entrada", como "*duelos complicados*" (Tizón, 2004a).

- La mayor o menor distancia que, a menudo, separa la gravedad y profundidad de los procesos de duelo con respecto a la aparente importancia que el objeto externo significa en la vida del sujeto: Pueden darse procesos de duelo graves, complicados o patológicos, incluso desencadenando episodios psicóticos, ante pérdidas aparentemente nimias (desde la perspectiva de *otros* sujetos); al contrario, pueden darse duelos amortiguados, negados o postergados ante pérdidas de objetos aparentemente importantes. La denegación, la proyección y la identificación proyectiva masiva sobre el objeto interno juegan aquí el papel fundamental.

- La parte de la personalidad con la cual se viven o procesan las pérdidas, es decir, qué partes o aspectos del yo, del *self* y de la experiencia se hacen cargo de dichos procesos psicológicos de duelo. En el bien entendido de que la personalidad como estructura se halla mucho menos unificada en los pacientes psicóticos y, en particular, en esa evolución-desarrollo de la psicosis a la cual hoy llamamos "esquizofrenia".

- Las dificultades de procesamiento emocional (y cognitivo) típicas de las psicosis y, en particular, de los trastornos esquizofrénicos y autísticos (Alanen, 1999; Jackson, 2001; Lucas 2003).

- Esas dificultades de procesamiento emocional, causa y consecuencia de las defensas psicóticas, facilitan tendencias proyectivas de los procesos de duelo y, entre otras, la *actuación* y el *enactment* (más que contención) de los mismos, en especial en los tratamientos.

- La posición en la que se reciben y/o viven primero la pérdida y, después, los procesos de duelo: en *posición esquizo-paranoide*, en *posición reparatoria* ("*depresiva*" en la terminología de M. Klein 1946), o con el predominio de las ansiedades confusionales primitivas, de diferenciación-indiferenciación. Empero, para no caer en tautologías, no

hemos de olvidar que, en buena medida, al hablar de las *posiciones* estamos haciendo una reducción teórica de los elementos captados en los factores anteriores según el esquema teórico-clínico postkleiniano de las posiciones, esquema que he reconsiderado en otros trabajos (por ejemplo, en 1999a, 2001 y 2004a).

- Es frecuente que se pongan en marcha procesos de duelo psicóticos y procesos de duelo psicodinámicamente psicóticos ante los *traumas*, al menos si entendemos el trauma como un suceso interno-externo que supera las defensas habituales del sujeto ("neuróticas"), promueve desintegraciones de la personalidad y el Yo, y, con ello, el aumento de las ansiedades psicóticas y el aflorar de ansiedades confusionales primitivas y de los núcleos personales psicóticos y autísticos.

Es decir: las aportaciones fundamentales de Melanie Klein al estudio del duelo y los procesos de duelo no sólo fueron directas, con sus trabajos sobre el tema (1940); contribuyó también a su conocimiento de forma indirecta, gracias a otros conceptos y perspectivas. Sobre todo, gracias al concepto de *posición* y la perspectiva dinámica básica del inter-juego entre las mismas, dialéctica o dinámica que más tarde autores como Bion (1970) o Meltzer (1998) van a remarcar. Porque, en último término, un duelo puede ser calificado como "psicótico" por la fenomenología clínica que lo acompaña, pero sobre todo, por la fenomenología vista desde una perspectiva relacional-estructural, una perspectiva para la cual el concepto de "posiciones" aporta un modelo fundamental. Ciertamente que también podría usarse la diferenciación que he propuesto entre duelo normal, complicado y patológico y calificar como "duelo psicótico" al duelo "patológico", más la clínica nos proporciona muestras de duelos patológicos en los que no predomina lo psicótico, no predomina la ruptura de la barrera diacrítica y el juicio de realidad (y no dejan por ello de ser patológicos: por ejemplo, el duelo histérico). Por otro lado, los procesos de duelos en pacientes declaradamente psicóticos (es decir, en pacientes afectados por un síndrome esquizofrénico o un trastorno deliran-

te crónico) no siempre adquieren esas características psicóticas, de desconexión con la realidad externa y confusión sujeto-objetos, realidad interna-realidad externa.

En el momento actual, esa es la aproximación conceptual que me resulta más esclarecedora para la comprensión, el diagnóstico y el consiguiente pronóstico de los procesos de duelo psicóticos y en psicóticos. Como hemos visto anteriormente, no es la realidad externa, ni las manifestaciones conductuales y verbales las que proporcionan esa aclaración: pueden darse aparentes rupturas de la barrera diacrítica, del juicio de realidad, sin que el proceso de duelo sea psicótico, implique un ataque a esa diferenciación sujeto-objetos. Pueden darse incluso aparentes comunicaciones de delirios o alucinaciones sin que se trate de un cuadro clínico psicótico (por ejemplo, en varios de los momentos descritos por Freud del tratamiento a Anna O. y de algunas otras de sus pacientes histéricas). En realidad, podemos estar ante *deliremas o alucinemas* (es decir, ante *comunicaciones* de delirios o alucinaciones) que son histriónicos, no psicóticos; defensivos mediante la dramatización, no mediante al ruptura diacrítica. Ni siquiera el hecho de que se produzcan en pacientes psicóticos nos va a dar la seguridad de que se trata de procesos de duelo "psicóticos", como ocurre con las frecuentes reacciones histriónicas de adolescentes pre-psicóticos o psicóticos.

Necesitamos una perspectiva teórica y estructural del tema para poder realizar ese diagnóstico, perspectiva a la cual creo que el concepto de "posiciones" realiza una aportación importante. Porque tampoco hay que olvidar que, como hemos mencionado más arriba, las características esquizo-paranoides de unos procesos de duelo pueden aparecer en determinados momentos o ante determinadas "tareas" o "labores" del duelo e, inesperadamente, desaparecer en otros y ser substituidas por actividades *reparatorias* e incluso simbolizantes.

Otra fuente de dificultad para la comprensión de los procesos de duelo psicóticos proviene de su infiltración habitual por ansiedades confusionales. En primer lugar, porque resulta difícil, en ciertas ocasiones, diferenciar la *confusión secundaria*, propia

de las organizaciones de la relación histriónicas, perversas o extremadamente dependientes, de la *confusión primaria* y las *ansiedades confusionales primigenias*: las propias de los estados de agitación agudos, del daño orgánico cerebral, de los estados psicóticos, de la psicosis químicamente inducida, de ciertas intoxicaciones... En definitiva, de los estados de *desintegración de la identidad*, de *ruptura del self*. Mi impresión general es que, ante estos, ante un predominio de las ansiedades confusionales primitivas, los procesos de duelo quedan enormemente afectados, casi detenidos. Angustiosamente detenidos. En la actividad mental subsistente, tienden a ser substituidos por actividades evacuatorias y proyectivas masivas y por organizaciones relacionales primitivas, fundamentalmente adhesivas y simbióticas primitivas (la *relación simbiótico-adhesiva*: Tizón, 2007), que afectan grandemente los tratamientos psicoanalíticos y de psicoterapia psicoanalítica. De ahí su potencia para producir actuaciones, proyecciones masivas, identificaciones proyectivas masivas... y *enactments*, en el sentido de dramatizaciones colusivas de la diada ante elementos del pasado o de la relación transferencia-contratransferencia inelaborables (en ese momento o, en general, en ese paciente y/o ese analista).

Voy a intentar ilustrar esa idea de cómo los procesos de duelo psicóticos suponen elementos analíticos que facilitan las actuaciones y dramatizaciones individuales o mutuas de la dupla analítica, a través de la narración de los primeros momentos de una sesión de un tratamiento psicoanalítico de una paciente diagnosticada de "esquizofrenia".

Como ustedes tal vez sepan, con otros compañeros de la API y de la ISPS (*International Society for the Psychological Treatment of Schizophrenia and Other Psychoses*), soy partidario de aplicar técnicas psicoanalíticas (psicoanálisis y psicoterapia individual, grupal y familiar) en este tipo de pacientes, siempre que esos tratamientos estén integrados en una terapia combinada adecuadamente modelizada y adaptada a las necesidades del paciente y su familia (Alanen, 1999; Jackson, 2001; Lucas, 2003; Tizón, 2004b, 2007, 2009). Como sé que dentro de la I.P.A existen personas

opuestas a esta práctica (cfr. la respetable posición de Michels - 2003- al respecto), y que se trata de una práctica casi "proscrita" en los USA tras el oscuro proceso de génesis de las normas PORT, por eso he querido hacer tal aclaración (Brenner & Volkan, 2004). En ese sentido, aclaro que he participado como psicoanalista en cerca de una docena de tratamientos psicoanalíticos de este tipo de pacientes, en decenas de psicoterapias psicoanalíticas de diverso tipo de los mismos y, como psiquiatra, en centenares de casos de pacientes que son ayudados por otros compañeros que practican dicho tipo de terapias.

En otras ocasiones he hablado de la paciente que presentaré aquí y de otras/os pacientes con psicosis en análisis (por ejemplo, en 2007), pero en esta ocasión me centraré particularmente en las vivencias de la sesión que tienen que ver con el *enactment* o con las presiones hacia el mismo.

3. Una ilustración clínica: Sesión de procesos de duelo en una paciente con "esquizofrenia" (Gracia).

Se trata de una paciente que había padecido al menos dos episodios de psicosis aguda que requirieron ingresos breves. Durante los primeros meses del tratamiento psicoanalítico volvió a padecer otro más. En este caso no requirió ingreso. Pero episodios subagudos y delirantes han sido casi constantes a lo largo del tratamiento, a pesar de su aparente adaptación externa. A pesar también de que parece la más sana de la familia, por lo que explica en las sesiones y lo que me llega a través del compañero que lleva la medicación, las entrevistas familiares y los contactos con el hospital.

A diferencia de lo que suele decirse con respecto a los psicóticos, esta paciente comunica sueños con mucha frecuencia, sueños que se hallan en directo contacto con sus vivencias vigiles y con la experiencia transferencial. Sin embargo, nunca ha abandonado su principal convicción delusiva: Ella y su familia "han hecho algo malo", y por ello, les persiguen para matarles.

Los fragmentos de sesión que transcribiré corresponden a uno de los pocos fines de semana de tres días sin sesión que acaecieron a lo largo del segundo año del tratamiento. Lo habitual eran cinco sesiones por semana. En ciertos períodos breves, me sentí obligado a realizar hasta seis sesiones por semana para evitar ingresos.

La paciente ha esperado ese fin de semana, anunciado hace meses, con verdadera aprensión: es toda una pérdida para ella que, como tal, pone en marcha complejos procesos de duelo, en acción y reacción con varios otros que está viviendo por motivaciones extra-tratamiento. Separada de su novio de aquella época, con el que mantenía una relación de profunda ambivalencia, se halla pendiente de una mejora y ampliación de su trabajo. La dominan intensas y justificadas dudas de que le vayan a aceptar dicha ampliación. Esas dudas se entremezclan con su profunda ambivalencia ante los mayores compromisos y retos emocionales, relacionales, intelectuales y de tiempo que tal cambio laboral supone y con la pérdida de la situación anterior, en la cual ya se sentía relativamente estable. Demasiadas pérdidas y conflictos para un fin de semana, prolongado además. La sesión transcurre aproximadamente como sigue ²:

Entra como siempre temerosa, con su típica psicomotoricidad enlentecida y sus andares y manierismos afectados y que sugieren fragilidad:

- El otro día soñé que Ramón (su hermano) apuñalaba a Roberto (su novio anterior). (Silencio). No sé por qué...

- Ayer llamé a José María (su actual pareja, con la que mantiene una relación tan ambivalente que, en realidad, se ven poco, aunque en la fantasía y en el tratamiento, llena su mente)... Era su cumpleaños. No me acordé en todo el día... Estaban en casa

2. Los paréntesis indican que lo contenido entre ellos son alguna de las actividades mentales internas del analista anotadas al terminar la sesión. El doble paréntesis, indicaciones o descripciones añadidas posteriormente, al redactar este trabajo.

unos amigos de mis padres y el hijo, pero a la noche no sabía qué hacer... La verdad, estaba muy nerviosa por tenerle que llamar.

- A: Tenerle que llamar, le subrayo (en un intento fugaz de ponerle en contacto con las "obligaciones" sado-masoquistas de esta relación, que nos habían interferido abundantemente el tratamiento y la habían puesto una y otra vez en complejos peligros biológicos, psicológicos y sociales).

- No. Pero estaba nerviosa. No sé qué me hizo llamarle. Por suerte, no estaba en casa. Enseguida, cuando no se puso, pensé: "¡Hala, ya no está!". En el fondo, tenía pocas ganas... O sí. No sé. Pero luego volví a llamarle y volvió a pasar lo mismo

- A: Tal vez se encontraba muy sola, o muy triste, y eso lo sentía como un peligro para alterarse...

- No sé... Si... El fin de semana estuve sola aquí... No hemos salido, ni ido al cine, ni nada... Y yo no sabía qué hacer el domingo, no sabía... Estaba como con ganas de comunicarme: Con Helena, con los irlandeses, con José María...

- A: Da la impresión de que me echaba en falta, echaba en falta las sesiones y que necesita comunicarse con alguien y busca alguien que la pueda oír y, tal vez, le ayude a aguantar...

(Hoy siento esta interpretación como precipitada, y en ese sentido, una acción a destiempo, probablemente motivada por mi culpa más o menos inconsciente ante mi ausencia algo más prolongada, precisamente este fin de semana en el cual ella siente tanta necesidad que me ha comunicado bien directamente, además).

- También echo de menos salir con gente. Menchu no estaba, yo no tenía sesión... Muchas cosas... Me pasaban muchas cosas...

- El sábado comí con mi padre y María Inmaculada. Yo estaba muy triste. Mi madre me decía: Vamos a casa de Helena y leemos algo... Ellos parecían felices. Pero yo, como de mal humor. Y así, como triste...

(Largo silencio. Han aparecido tantas personas y tantas situaciones, tan elementalmente nombradas además, que estoy claramente confundido. Como ocurre a menudo en el tratamiento de

estos pacientes, "no se dónde cogirme" para facilitar el intercambio).

- A: *¿Y cuándo fue el sueño?, facilito.*

- *La semana pasada, quizás el jueves por la noche (El último día que nos vimos). Me suena que había soñado con Robert... Pensé decírselo a mi hermano, pero como no les gusta que hable de él, me callé.*

(La vinculación con Robert es fundamentalmente perversa por parte de ambos, con abundantes interacciones sadomasoquistas, tanto intrapsíquicas como conductuales, que, a menudo le sirven de "seudo-contención", le organizan alrededor de la perversión o en posición esquizoparanoide, ante el peligro de ser dañada... Todo ello ha llegado a oídos de la familia, que se opone a esas relaciones. Pero cada vez que Gracia entraba en crisis o padecía una pérdida real o imaginaria, tendía a vincularse nuevamente con Robert, realizando para ello arriesgados viajes o colocándose en difíciles situaciones relacionales).

(Ahora mi impresión es que está pasando algo grave o muy grave, pero que no tengo ni idea de qué se trata. Noto la inquietud y la tendencia, facilitada por las particularidades técnicas que a menudo tenemos que usar con estos pacientes, de preguntar, inquirir directamente, investigar por ella... Logro, una vez más contener mi actitud, porque aquí la juzgo aún invasiva. Pero me cuesta).

Tras un silencio, Gracia prosigue:

- *Y el viernes o el sábado me desperté a las doce o así. Y he soñado más cosas, sólo que no me he asustado.*

(Silencio. Parece que está comunicándome la irrupción de ansiedades persecutorias y confusionales ante la pérdida, ansiedades que conforman unos procesos de duelo realmente psicóticos. Pero, al tiempo, está tan asustada que ha tenido que negar y negar, aunque ya sabemos que cuando niega directamente temores, a menudo es su forma de comunicármelos).

- *Pero no me he quedado en cama, como el fin de semana pasado. He estado como tranquila pero triste...*

((En esos momentos de la sesión, yo sentía que no podía es-

tar callado o mantener una actitud de "neutralidad benevolente" por más tiempo. Incluso creo recordar que me imaginé dando un golpe en el brazo de mi sillón intentado que aclarara la multitud de situaciones y relaciones que denegaba o que iba dejando oscuras. Me sentía impulsado a intervenir directivamente incluso introduciendo una recomendación activa para que abandonara varias de esas relaciones de riesgo que parecía que la estaban "tentando" nuevamente. Hubiera sido una intervención, creo, más quirúrgica que analítica, y de dudosa eficacia. En todo caso, el psiquiatra que llevaba la medicación, el counselling y las entrevistas familiares, se hallaba en mejor posición que yo para hacerla. Aparecían además ahí tendencias de intervención super-yoica: posiblemente porque me sentía culpable de lo que había desencadenado con mi ausencia (¿?).

(De repente, veo que eso es lo que haría la madre de la paciente, lo que ha hecho con ella miles de ocasiones y que, generalmente, sirve de bien poco --salvo para estimular sus ansiedades persecutorias. Por otro lado, Gracia podía estar así, dudando y dudando de forma profundamente ambivalente, de relaciones o actividades, durante semanas y semanas: seguramente recordé entonces, con temor, que en otros momentos llegué a pasarse hasta tres semanas seguidas llenando la sesión con sus dudas, entre obsesivas y fruto de la disociación/escisión, acerca de si debía ir o no acompañada por un muchacho concreto a una sesión de cine. Fueron, sin embargo, tres semanas de intenso sufrimiento por parte de la dupla analítica).

((Y tal vez por el recuerdo del sufrimiento de esas tres semanas, mezcla de confusional, persecutorio y reparatorio, creo que pude recobrarne: fruto del contacto con el intenso sufrimiento que, aunque no me comunicaba ahora directamente, debía estar padeciendo, sufrimiento que no era verbalizado -ni parecía dotada de defensas para aminorar-. Si uno contacta con las características confusionales y persecutorias del sufrimiento, con las "ansiedades confusionales primitivas" y "persecutorias" de este tipo de pacientes, seguro que eso promueve una mayor prudencia. Al menos, para no hacer daño. Y mucho más si tenemos en la mente,

tanto por la experiencia compartida anterior, como por los conocimientos psicopatológicos, lo que supone la "ruptura psicótica" y las ansiedades y defensas de la "relación simbiótico-adhesiva": las psicosis, y más aún esos desarrollos psicóticos, a los que llamamos hoy "esquizofrenias", cursan con profundas desestructuraciones, tanto afectivas como cognitivas. Un motivo más para no intervenir añadiendo elementos cognitivos o afectivos probablemente entonces no elaborables, no integrables por Gracia.

Además, ya sabemos que, como en todo paciente con "psicosis", los sentimientos de pérdida y pena, con las ansiedades reparatorias que conllevan, la empujan una y otra vez hacia la posición esquizoparanoide y hacia el peligro de irrupción de ansiedades confusionales.

Ante tal y tan compleja situación, y contando con mi experiencia compartida de los sufrimientos que implica la misma, no resulta tan difícil contenerse, casi "controlarse", y procurar no actuar, evitar la tendencia al enactment o incluso a actividades interpretativas aventuradas)).

O sea que ambos nos quedamos callados. Tras un silencio, hago ruido al removerme en el sillón y la paciente continúa. Inesperadamente, surgen a la luz tanto materiales como sistemas defensivos mucho más coherentes e integradores para ella:

- María Blanca, la amiga de mi madre, me dijo que si estaba cansada, y yo le dije que sí... O tal vez porque un hijo se les murió con SIDA el año pasado y ahora otro tiene una leucemia grave, por eso me preguntaba...

- Pero estoy contenta de estar triste ahora... Pienso que estas cosas me hacen parecer así, así... Como si fuera más humana...

- A: Porque ahora siente su habitual "no pasa nada" como estereotipado, robotizado...

- Sí. No sé... Pero no pasa eso que pienso: ¡Ay, mire, estoy triste pero no sé por qué!... Y últimamente tengo una manía: Me lavo las manos muy a menudo. Tengo manía de que las tengo sucias y me las lavo una y otra vez... Hace un tiempo, sólo cuando tocaba al perro. Pero ahora, si toco dinero o lo que sea... En

cualquier cosa... Me dio dinero mi madre y María Blanca, pero yo no quise tocarlo para no ensuciarme las manos.

- A: ¿Qué siente que le puede pasar?

- No sé. Ni idea: Como si yo quisiera estar más limpia...

(Está describiéndome las defensas obsesivas u obsesivoides a las que recurre cuando su parte sana, más en "posición reparatoria", permanece alerta y vigilante frente a la irrupción de sus aspectos más alterados, más disociados del juicio de realidad... Creo que me está comenzando a explicar que recurrió a defensas y procesos de duelo obsesivos frente a la acumulación de pérdidas y conflictos...).

- Y el sábado estuve colocando y enmarcando fotos... (Una confirmación de las defensas obsesivas: Tanto por el contenido de la conducta, como por los antecedentes que me ha narrado en otros momentos del tratamiento). Es que, cuando fuimos a la tienda de muebles, mi tía me regaló unos marcos que yo había dicho que eran muy "chulos". Se tenían que llenar y yo... Pensé que tenían que ser fotos pequeñas y los llené con fotos de carnet mías desde pequeña hasta hace poco. Las recorté, las estuve pegando y sentía que no era útil hacer aquello, pero que me lo pasaba muy bien haciéndolo...

(También es un tema de identidad, pienso. De reconstruirse ante la pérdida, de reconstrucción del yo y de su identidad, de su self).

- Y en otros dos, puse las fotos de familia numerosa. Y los puse en la biblioteca, pero luego las saqué, pensado que para qué hacía un culto a mi imagen... Ya hay otras fotos mías por la casa. Muchas son fotos mías... Sí: Menos dos que son de mi hermana y mi hermano, que enmarqué y envié a José María... Y otra, a Ramón, mi hermano, tirándome de la ropa... Todo lo hice al salir para ver los resultados de mi trabajo, que había entregado el jueves anterior, que habíamos entregado Ramón y yo... Y el viernes, ya me pareció excesivo lo de las fotos. Si viene un amigo de Ramón, qué va a pensar... Me refiero a esas fotos de carné de mi habitación... Pensé que no me importaba mi imagen, pero sí fotos mías en todas partes... No me importa ver mi imagen... Aun-

que mi hermana no soporta que nadie le tire fotos, por ejemplo...

- A: Creo que me está hablando de un intento de dar unidad a su vida, a su imagen dividida, repartida entre tantas cosas y personas por las que se siente tironeada: Robert, Ramón, su madre, José María, yo... Pero tal vez, quiere decirme que se siente contenta, muy contenta porque le reconozcan su trabajo... Pero teme que eso sea loco, muy loco, y no me lo dice. Teme que alegrarse sea peligroso.... Prefiere refugiarse como enferma, pequeña, escondida...

- Sí, porque pensaba que de qué época faltaban fotos... Y a partir de ahora, cada vez que me haga fotos, las enmarcaremos y así empezaré una parte de mi vida, porque si no, mi vida es de sólo cuando lo he pasado mal...

- Una pequeña, otra de cuando el pelo corto y teñido de rojo... Sí: Parece que continuamente mi vida es la vida en crisis, son crisis. Y ayer, que subí al despacho de mi madre a pasar cuentas... Hay álbumes de todos. Los estuve mirando y en muchos, se me veía a mí en crisis... Porque como me sacaban de viaje a pesar de todo, para que me distrajera... Y se nota mucho que estoy mal: estoy "como pasada", mal, peor que en las últimas crisis... Yo creo que las primeras crisis fueron las más fuertes... Una, en el Delta del Ebro, fue la primera crisis... Y luego, de Nueva York, unas navidades, y yo también mal... Y de San Sebastián, que la tenía yo... Y otras de esquiar en Huesca... No me pasa nada, no me pasa nada, porque podía ver las fotos...

- A: Aquí aparece su parte "no me pasa nada" y, sin embargo, yo creo que está triste, que se puso triste y que eso le cuesta mucho aguantarlo, y se angustia. Le entra un temor a disgregarse, deshacerse, y por eso lo combate intentado juntar partes de su vida, de sus experiencias, de sus recuerdos, incluso los más dolorosos... Tiene miedo de que la pérdida y la tristeza le hagan romperse, desunirse por dentro...

- No sé... Hoy estoy triste porque tengo dolor de cabeza... No estoy tan loca en las fotos ante la casa de Bella: haciendo el tonto, gorda, fea... Pero ahora, estoy mejor.. No me deprimas, cariño, me decía mi madre...

- *Las que me cuesta ver son las mías, que están en mi habitación: Varias son con Robert, que me traen malos recuerdos... Y antes, las de Rip, que no era tan mal rollo. De Robert no tengo tantas, porque las rompí, pero... Pero no estoy triste... He nadado, he hecho gimnasia... Yo creo que estoy triste por el fin de semana, porque no tengo amigas y eso de quedarse en casa, con los papás... Y estoy esperando que me llamen de la entrevista... (Se trata de esa posible entrevista para mejorar su situación en el trabajo. Un trabajo de tipo intelectual que, con grandes dificultades, está intentando mantener).*

- A. *Observo que prefiere no hablar demasiado de esa entrega, de ese trabajo...*

- *Sí. Es que no querían verme, pensé. Me dijeron que les enviara las pruebas por mensajero... Es una excusa para que otros trabajadores no vean que atienden a gente, que dan trabajos a gente... (Había sido entrevistada en parte gracias a una recomendación de la familia, pero creo que me está hablando de una reacción paranoide ante su temor de que no la llamen del trabajo, no la acepten)... Puse un teléfono de contacto, pero tengo miedo de que no me llamen... Sería un poco fuerte: Pero como Anabel dijo que me hiciera la pesada, eso me hace pensar que tendré que llamar yo... Y me da mucho corte, mucho corte...*

- *Yo creo que me llamarán, pero casi seguro que no querrán nada... La idea que me ronda es que no querrán nada. Y pienso: ¡qué pena!. Pero me dedicaré a los míos y a trabajar para mi madre... Y es normal... Por eso intento no hacerme ilusiones. Ya he visto que probablemente será que no.*

(Discurso inundado por rumiaciones obsesivas, pero sustentadas en una profunda ambivalencia inconsciente).

- *Por eso me pidieron objetivos para mi próxima sección... Pero me he desanimado mucho al tiempo que pienso que, si me llaman, que no me van a aceptar nada... Pero no me entristezco mucho...*

- A. *¿No o sí?. Creo que, en realidad, por eso está triste y preocupada también... Pero al tiempo, negándolo, como en la sesión, que no me dice nada de su parte ilusionada, por temor a*

hundirse si le dicen que no... Por eso niega y niega su ilusión, su esperanza, para estar preparada por si le dicen que no...

- Sí que estoy preocupada, pero hago ver que no... Como si me gustara mucho y me quemara... Lo que sí he conseguido es fumar menos... Fumo 5 o 6 cigarrillos, incluso sólo 4 algunos días...

(Una buena muestra de "equivalencia seudosimbólica" o "ecuación simbólica", entre el quemar simbólico y el quemar tabaco).

Y me gusta intentar comer menos y fumar menos... Eso es una meta... Sí, como si no tuviera nada que hacer... (Silencio). Me gusta la idea de que estoy dejando de fumar...

- A. Parece que la consuela de otras cosas que teme que vayan mal...

- Y estoy perdiendo peso, y eso me pone contenta... Creo que tiene que ver con ir al gimnasio y la ansiedad que antes me hacía comer y comer... Si. Supongo que son cosas que aunque otras me angustien -por ejemplo, que no me cojan más trabajos-, pues me van bien...

(¿Un intento elemental de defensas maníacas?)

- Y en el despacho me estoy lavando mucho las manos, pero es que hay mucho, mucho polvo... (Silencio).

- Y luego, mi padre... Mi hermana encontró una botella de ponche escondido en la cocina, y casi vacía... Me puso de mal humor, pero de otra manera... Me puso mal, pero no tanto como cuando bebía latas y latas de cerveza... Pienso: no me gusta, me preocupa, pero es de mi padre... Tal vez es que está de baja... Pero sí que me afectó menos que hace unos meses...

(Una clara denegación, típica reacción en posición esquizo-paranoide ante el descubrimiento de que su padre ha vuelto a beber, y ante la serie de pérdidas y conflictos que, en su fantasía, está ya adelantando).

- No sé cómo me desmonta tanto...

- A. Y tal vez por eso necesita fotos para poner unidad en su vida y se inventa ese sistema para poder esperar, aguantar. Porque, a pesar de tantas angustias y tantos temas en el aire, es un

sistema personal, su sistema este fin de semana, para poder esperar hasta el lunes y poder seguir manteniéndose junta, unida por dentro y en su historia...

- Sí: Yo he pensado que por eso vengo aquí...

Le comunico el final de la sesión. Sale con su típica mirada fugaz, entre atemorizada y expectante, pero me parece percibir una mayor franqueza en ella y, tal vez, una cierta esperanza...

Como espero haber podido ilustrar, incluso en situaciones de este tipo tan extremo, tan dominadas por lo no elaborado, persiste en la mente un intento de reencuentro y reelaboración de la relación con los otros y con los objetos internos. Pero el sufrimiento y los procesos de duelo psicóticos son tan difíciles de soportar, tanto para el paciente como para el par analítico, que lo habitual es una tendencia continua a las identificaciones proyectivas masivas, evacuatorias, tanto del paciente como de la dupla (Tardif, 2002).

Y sin embargo, ello podría impedirnos la puesta en contacto con la parte de la paciente que sigue en su búsqueda angustiada e interminable de un (buen) objeto interno y externo que contengan esas ansiedades, ese sufrimiento. Una parte que aparece claramente en la segunda mitad de la sesión, en la cual Gracia se muestra activa en su búsqueda "al filo de lo imposible", de la vinculación entre el presente de la pérdida o pérdidas y el pasado más remoto, incluso primigenio. Una posibilidad que Melania Klein había vislumbrado que existe incluso en este tipo de pacientes. Una posibilidad que han descrito a menudo los poetas y los novelistas, y que persiste activa incluso ante los últimos duelos de la vida:

En las iglesias y en las clínicas
vi columnas de luz y uñas de acero
y resistí asido a las manos de mi madre.
Ahora
aparto crespones y cánulas hipodérmicas:
busco las manos de mi madre en los armarios
llenos de sombra.

Antonio Gamoneda,
Arden las pérdidas, 2003.

Tabla 1. Momentos y Tareas en los duelos

MOMENTOS	TAREAS Fundamentales
1. Impacto, crisis	Aceptar la realidad de la pérdida
2. Aflicción (y turbulencia afectiva)	Trabajar las EMOCIONES y el DOLOR de la pérdida
3. Pena y desesperanza reversibles	READAPTACIÓN AL MEDIO contando con la AUSENCIA del objeto
4. Recuperación o desapego	REUBICACIÓN DEL OBJETO (interno): <i>Olvidar recordando</i>

(Tomada de Tizón 2004a y 2007).

Resumen

Sobre la tendencia al "enactment" en duelos psicóticos.

Jorge L. Tizón

Acting-in y acting-out son términos psicoanalíticos que se refieren a alteraciones del encuadre por parte del paciente. Una perspectiva del enactment, por el contrario, connota actuación mutua o dramatización mutua, del analista y del paciente, también en el marco del tratamiento. No es posible un tratamiento psicoanalítico sin influencia de esos tres elementos, pues no existe el pensamiento sin la acción. Ahora bien: el encuadre analítico trata precisamente de facilitar la intelección de esas tendencias relacionales humanas (y profesionales).

El uso del humor, por ejemplo, a menudo proscrito en psicoanálisis y en la asistencia psicológica, puede ser una forma simbolizada y elaborada de evitar actuaciones o "enactments" más aparatosos. En ese sentido, durante años he tratado de ilustrar dos tipos de situaciones que tienen que ver especialmente con el enactment: el humor y los duelos psicóticos.

Intentaré definir el duelo psicótico y diferenciar los duelos en pacientes psicóticos y los duelos vividos en posición esquizo-paranoide, así como sus manifestaciones en el tratamiento psicoanalítico. Entre otras razones, porque se trata de un tipo de procesos psicológicos que, por su no elaboración mental, tienden una y otra vez a provocar enactments en la relación analítica.

Summary

About pressure to "enactment" in psychotic mourning processes

Jorge L. Tizón

Acting-in and acting-out are psychoanalytical terms that refer to patient's alterations of the setting. A perspective of the enactment, on the contrary, connotes mutual performance or mutual dramatization, of the analyst and of the patient, also in the mark of the treatment. It is not possible a psychoanalytical treatment without components of those three elements, because the thought doesn't exist without the action. Now then: the analytic setting in fact tries to facilitate the insight of those human (and professionals) relational tendencies.

Often proscribed in psychoanalysis and in the psychological care, the use of the humour may suppose a symbolized form and elaborated of avoiding performances or more spectacular "enactments". In that sense, on more than a decade I have tried to illustrate two types of situations that have to do especially with the enactment: the humour and the psychotic mourning.

Paper tries to define the psychotic bereavement and to differentiate the clinically psychotic bereavement and the

bereavement lived in schizo-paranoid position, as well as their manifestations in the psychoanalytical treatment. Among other reasons, because the psychotic bereavement is a type of psychological processes always pressing to enactments, at least for its characteristic difficulties of not-enough mental elaboration.

Descriptores: ENACTMENT / TRABAJO DEL DUELO/
HUMOR / MATERIAL CLINICO /

Keywords: ENACTMENT / WORK OF MOURNING/
MOOD / CLINICAL MATERIAL /

Bibliografía

- ALANEN Y.O. (1999). Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment. London, Karnack Books.
- ANDERSON M. K. (1999). The pressure Towards Enactment and the Hatred of Reality. *J. Amer Psychoanalysis*. 47,2: 503-518.
- BASSOLS R. (1993) Sobre Acting out. Institut de Psicoanàlisi de Barcelona, sesión del 20 de mayo de 1993 (polic).
- BION, W.R. (1970). Attention and Interpretation. Londres, Tavistock.
- BONASIA, E. (2003) La contratransferencia: erótica, erotizada, perversa. En *International Journal of Psycho-Analysis* (ed): Libro Anual de Psicoanálisis XVII. São Paulo. Editora Escuta (pp 41-55).
- BOWLBY, J. (1980) La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Buenos Aires, Paidós, 1983.
- BRENNER I, V. V. (2004). Panel Report: Psychoanalytic treatment of schizophrenic patients. *Int.J Psycho-Anal*. 85(5):1231-1235.
- CASSORLA R.M.S. (2004) Del baluarte al "enactment": El "no-sueño" en el teatro del análisis. Conferencia Latinoamericana del IJPA, 2004 (Original cedido por el autor, presentado el la Conferencia Latinoamericana del IJPA en 2004).

- COMISIÓN DEONTOLÓGICA ESTATAL (2004). *Ética y Deontología para Psicólogos*. Madrid, Colegio oficial de Psicólogos.
- ETCHEGOYEN, H. (1999). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Amorrortu.
- ETCHEGOYEN, H.R., PICHON. P., WALLERSTEIN, R.S. (1991) *Acting out*. Londres: Karnac
- FELDMAN, M. (1994). Projective identification in Phantasy and Enactment. *Psychoanalytic Inquiry* 14:423-440.
- FINGERT, J. (1997) Discussion of "Observing-Participation, Mutual Enactment, An the New Classical Models" by I Hirsch. *Contemp Psychoanalysis* 33:263-277.
- FOLCH, P. (1989). Notes sobre contratransferència: Correlacions entre concepte i técnica. Barcelona. Institut de Psicoanàlisi (polic).
- FREUD, S. (1914). Recuerdo, repetición, elaboración. SE 14.
- _____ (1917). Duelo y melancolía. SE 14.
- GABBARD, G.O. (2003) Errores cometidos en el tratamiento psicoanalítico de pacientes suicidas. *Rev. de Psicoanálisis* 40,2:479-498.
- GOLDBERGER, M. (1995). Enactment and Play Following Medical Trauma. *Psychoanal. St. Child* 50. 252-271.
- GRINBERG, L. (1968). Sobre el acting-out en el proceso psicoanalítico. *Rev. de Psicoanálisis* 25,3-4: 681-711.
- HERMANN, F. (2003) Análisis didáctico en tiempos de penuria teórica. En *International Journal of Psycho-Analysis* (ed): Libro Anual de Psicoanálisis XVII. São Paulo: Editora Escuta (pp. 119-131).
- HIRSCH, I. (1998). The Concept of Enactment and Theoretical Convergence. *Psychoanal. Q.* 67: 78-101.
- JACKSON, M. (2001). *Weathering the storms: Psychotherapy for Psychosis*. London: Karnac Books.
- KEENAN, M.C. (1995). Enactments of boundary violations. *J Amer Psychoanal Assn.* 10:639-653.

- KERNBERG, O. (1992). La agresividad en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad. Buenos Aires: Paidós, 1994.
- _____ (1992). Psychopathic, Paranoid and Depressive transferences. I.J.P.A. 73,13: 13-28 (también en Kernberg 1994).
- KLEIN, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniáco-depresivos. En Obras Completas de M. Klein, vol 2 (pp. 279-303). Barcelona, Paidós 1977.
- _____ (1946): Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S. y Rivière, J.; Desarrollos en psicoanálisis. Buenos Aires: Hormé. 1971 (3a edición). También en Obras Completas de M. Klein, tomo 3. (pp. 10-33). Buenos Aires, Paidós, 1978.
- KOHUT, H. (2002) Los dos análisis del Sr. Z. Barcelona, Herder.
- LUCAS, R. (2003). The relationship between Psychoanalysis and Schizophrenia. IJPA 84(1):3-9.
- MARGUERITAT, D. (2004). Actes en scène. En Association Psychanalytique de France Paris (ed). L'acte. Paris, Assoc. Psychanalytique de France (pp. 21-35).
- MAYES, L.C. y COHEN, D.J. (1993). The social matrix of aggression: Enactments and representations of loving and hating in the first years of life. Psychoanalytic Study of the Child; 48: 145-169.
- MELTZER, D. (1998) El desarrollo kleiniano. Buenos Aires, Spatia.
- MICHELS, R. (2003). The relationship between Psychoanalysis and Schizophrenia by Richard Lucas-A commentary. IJPA 84(1): 9-12.
- MONEY-KYRLE, R. (1978). Collected Papers. Pertshire, Clunie Press.
- PERELBERG R, LEVINSON, N.A. (2003). Acting out and/or enactment. IJPA 84(1): 151-155.
- PRIGERSON, H.G., HOROWITZ, M.J., JACOBS, S.C., PARKES, C.M., ASLAN, M., GOODKIN, K., RAPHAEL, B., MARWIT, S.J., WORTMAN, C., NEIMEYER, R.A., BONANNO, G., BLOCK, S.D., KISSANE, D., BOELEN. P., MAERCKER, A., LITZ, B.T., JOHNSON, J.G., FIRST, M.B., MACIEJEWSKI, P.K., (2009).

- Prolonged grief disorder, Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med.* 2009, Aug., 6(8).
- RÄCKER, H. (1978). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Paidós.
- RENICK, O. (1997). Reactions to "Observing-Participation, Mutual Enactment and the New Classical Models" by I Hirsch. *Contemp Psychoanalysis* 33:279-284.
- ROSEN, H. (1992). On Enactment. *J Amer Psychoanal. Assn.*40:1228-1229.
- ROSENFELD, H.A. (1964). *Estados psicóticos*. Buenos Aires: Hormé 1965.
- _____ (1966) Una investigación sobre la necesidad de "acting-out" en los pacientes neuróticos y psicóticos durante el análisis. *Revista de Psicoanálisis* 23 (4): 424-437.
- ROUGHTON, R.E. (1993). Usefull aspcts of acting-out: Repetition, enactment, actualization... *J Amer Psychoanl. Assn.* 49: 443-472.
- _____ (1994). Repetition and Interaction in Analytic Process: Enactment, Acting Out and Collusion. *Annual Psychoanal.* 22:271-276.
- STEPHEN, M. (1998) Consuming the Dead: A kleinian perspective on death rituals cross-culturally. *Int J Psycho-Anal.* 79: 1173-1194.
- STEWART, H. (1989) *Falla básica y regresión en la técnica analítica*. Libro Anual de Psicoanálisis. Londres, Imago (pp. 201-211).
- STEWART, H. (1991) *La interpretación y otros agentes del cambio psíquico*. Libro Anual de Psicoanálisis 1990. Londres, Imago-IJPA (pp. 117-125).
- TARDIF, M. (2002) *Le determinisme de la carence d'élaboration psychique dans le passage à l'acte*. En F. Millaud (dir.). *Le passage a l'acte: aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris, Masson (pp. 25-50).
- TIZÓN, J.L. (1999a). *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona, Biblária (5a. ed. rev).

- _____ (1999b). Modelos psicoanalíticos para la Hipocondría. Archivos de Neurobiología 1999; 62,2: 99-123. (publicado en portugués en 2001: Hipocondría e organización relacional paranoide. Cadernos de Psicología 28: 51-79).
- _____ (2003) La relación paranoide: La vida desde el búnker. Intersubjetivo / Intrasubjetivo 5 (2): 163-193
- _____ (2004a) Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Barcelona, Paidós.
- _____ (2004b) Terapias combinadas en la esquizofrenia: ¿Agregamos, mezclamos y confundimos o bien de-construimos y combinamos? Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 14(90): 97-131.
- _____ (2005). El humor en la relación asistencial. Barcelona, Herder.
- _____ (2007). Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis. Barcelona, Herder.
- _____ (2009). Bereavement and psychosis from a psycho-analytical point of view. IJPA, (en prensa)
- WIDLOCHER, D. (2004). L'acte en psychanalyse. En Association Psychanalytique de France, París (ed). L'acte. Paris, Assoc. Psychanalytique de France (pp. 21-35).