

Consideraciones sobre la interpretación en pacientes psicóticos

Sylvia Braun de Bagnulo*

“...es posible que nos acercáramos a un mundo delicioso donde los hombres se entenderían con la mirada y las distintas calidades de silencio y donde sólo se escucharían las frases de los pájaros, las charlas sin sentido de los niños, el viento y la lluvia..”

Juan Carlos Onetti

La singularidad del encuentro con pacientes psicóticos nos ha llevado a considerar la noción de Interpretación.

La Interpretación en Freud, tiene que ver con un decir del analista y con una escucha del paciente. Metapsicológicamente tiene que ver con un encuentro de las representaciones de palabra que dice al analista, con las representaciones de cosa que posee el paciente. Pero la comunicación al paciente de una representación que ha sido reprimida, al principio no promueve modificaciones: “No cancela la represión”, dice Freud. (1) De hecho el paciente tiene ahora la misma representación bajo una doble forma: el recuerdo consciente de la huella auditiva de la representación que le hemos comunicado y el recuerdo inconsciente de lo vivenciado. “La cancelación de la represión no sobreviene hasta que la representación consciente, tras vencer las resistencias, entra en conexión con la huella inconsciente.” (1)

En el centro de esta formulación se encuentra la noción de represión, así como

* Trabajo presentado en el XVII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. San Pablo, julio de 1988.

una noción de conflicto: se trata de hacer consciente lo inconsciente. En *Juanito* nos dice: “queremos poner al enfermo en condiciones de asir conscientemente sus mociones inconscientes de deseo. Lo conseguimos en tanto, fundados en las indicaciones que aquél nos hace y por medio de nuestro arte interpretativo, llevamos el complejo Inconsciente ante su conciencia con nuestras propias palabras”. (2)

En la base del conflicto está lo pulsional, pero qué pasa con la introducción de la pulsión de muerte o de destrucción. La pulsión de muerte en la cura aparece como resistencia. El conflicto se desplaza a otro nivel, ya no se trata de lo reprimido y por lo tanto de hacer consciente lo inconsciente.

Otro concepto que desplaza el conflicto a otro nivel es el de narcisismo. Freud planteó la diferencia de este tipo de pacientes y los consideró fuera del alcance de la técnica analítica por su incapacidad para Investir libidinalmente objetos.

Tanto las formulaciones sobre el narcisismo como las de pulsión de muerte abren un campo de reflexión muy rico para abordar la noción de interpretación.

La diferenciación entre el conflicto neurótico y el conflicto psicótico al que Garbarino (3) hace referencia, descentra el mecanismo de la represión, de la triangulación edípica de la angustia de castración, así como de la angustia por la pérdida del objeto de amor.

Del lado de la neurosis encontramos la patología de la sexualidad, del lado de la psicosis encontramos la patología del narcisismo de la cohesión del Yo y del vínculo con la realidad.

Nos preguntamos si esta diferenciación no nos cuestiona también del lado de la técnica, sobre la interpretación.

¿Qué pasa con el decir del analista y con la escucha del paciente? Con frecuencia en el curso del trabajo analítico lo que observamos es que el paciente presenta dificultad para entender lo que le decimos, así como para retener lo que escucha. Sélika Acevedo y Carlos Mendilaharsu (4) siguiendo a Bion describen distintos niveles del fenómeno del “dis-entendimiento”. Los más sutiles serían cuando el paciente reiteradamente ante una Interpretación dice “no le entendí bien por favor repita, estaba distraído”. Otro nivel sería aquel que toma una parte de la Interpretación o una palabra, quedando el sentido desvirtuado. La pérdida del sentido también puede darse cuando se fragmentan las palabras constituyéndose fonemas o silabas. Están también los casos en los que las palabras se sienten como “ruidos molestos” o incluso como sonidos corporales, como “toses, ruidos intestinales”, etcétera.

También el decir del paciente puede presentar alteraciones similares en la comunicación consigo mismo y con el analista. Un nivel sería un estado de silencio, en el que parecería no poder contener pensamientos: “algo pensé, pero no me acuerdo”. Encontramos también casos en los que el pensamiento aparece “borroso”: “a mi me pasa que no siento todo el pensamiento, todas las palabras claras, yo veo algo borroso en lo que pienso”. Otra dificultad estaría vinculada a su verbalización: “no puedo pensar bien, es como si tuviera una papa en la boca, no se entiende bien, como los que no vocalizan bien lo que hablan, por eso no puedo pensar”, “quiero que se sienta bien clara la voz del pensamiento”.

Bion (5) sostiene que el pensamiento verbal se encuentra gravemente perturbado en estos pacientes por ser objeto de múltiples ataques, ya que éste es el que sintetiza y articula las impresiones sensoriales, hecho esencial para la percepción de la realidad interna y externa.

Entendemos que las alteraciones del pensamiento implican también el problema de la interpretación, es decir del lenguaje del analista para hablar con el paciente. Este autor (5) sostiene que el psicoanalista que emprende el análisis de un paciente esquizofrénico pasa por una experiencia para la que debe Improvisar y adaptar su aparato mental.

¿Cómo entender esto, sin riesgo de actuar en la contratransferencia? ¿Con qué aparato mental debe contar el analista para comunicarse con su paciente?

Meltzer (6) en el intento de enriquecer la comunicación en el campo analítico, se refirió a “la temperatura y distancia como dimensiones técnicas de la Interpretación”. Considera que el lenguaje se mueve en dos niveles, el nivel profundo y el superficial. Tomando las ideas de Bion, concibe las raíces profundas y más primitivas con un carácter esencialmente musical, que funciona originariamente para comunicar estados anímicos a través del mecanismo de la identificación proyectiva. Musical tiene que ver con el tono de voz, es decir con la prosodia, que es independiente del sentido o la significación.

Bion (5) sostiene que el empleo excesivo del mecanismo de la identificación proyectiva da lugar a una aglomeración que origina una verbalización muy compacta que es más apropiada para la música que para la articulación de palabras. A diferencia de este lenguaje aglomerado, el lenguaje articulado sería propio de la comunicación no psicótica y correlativo a la capacidad de introyectar.

Quisiera detenerme en el nivel profundo o lo que podríamos llamar lenguaje de

las emociones, cuando el paciente parece disponer preferentemente del mecanismo de la identificación proyectiva para hacerse comprender. Se trata de momentos muy difíciles porque el aparato para pensar del analista puede verse perturbado por la invasión de sentimientos intensos. Recordamos que Bion dice que el psicoanálisis de este tipo de pacientes revela pronto una “situación compleja más que un paciente complejo”, se crea “un campo de fuerza emotiva” en el que las emociones juegan libremente. (5) En este “campo de fuerza” estarían presentes las emociones experimentadas por el paciente y por el analista.

El mecanismo de la identificación proyectiva excesiva puede llegar a producir efectos en el receptor. Bion se refirió a las respuestas peculiares, especialmente de tipo emocional que podían producir en el analista estos mecanismos. Considera que la teoría de la contra-transferencia explica parcialmente esta situación porque deja de lado la contribución del paciente en las emociones que provoca en el analista.

Esta ampliación del campo de la identificación proyectiva permite incluir las manifestaciones de la parte psicótica así como teorizar la captación de esta parte psicótica por parte del analista. Esto último nos vuelve a la necesidad planteada por Bion (5) de adaptar el aparato mental para captar estas emociones. Dicho autor se refiere a la noción de Fe (7) como un estado mental científico, abierto a captar lo desconocido. El analista debe ser capaz de resistirse a cualquier intento de aferrarse a lo que sabe. Ese estado conlleva vivencias de persecución y depresión derivadas de las posiciones esquizo-paranoide y depresiva.

A su vez, Meltzer, (8) en sus consideraciones sobre el trabajo analítico entiende que la contribución del analista es de dos tipos: la creación y mantenimiento del encuadre (dentro del cual se da el proceso analítico y la evolución de la transferencia) y el proceso interpretativo. Centra el aspecto del encuadre en el estado mental del analista, en el asumir dentro de los límites de su capacidad el ataque directo de las proyecciones del dolor mental del paciente. Precizando más este estado, consiste en recibir el material, el contenido y la conducta; contener la proyección del dolor mental; pensar acerca de la situación transferencial y finalmente comunicar lo que analista comprende, aún cuando sea provisorio. Concibe la actividad interpretativa no sólo al servicio de la “elaboración” (interpretación orientada a la comprensión del significado inconsciente del material), sino también del lado del mantenimiento del encuadre, referida a la tolerancia a las proyecciones del dolor mental.

Estas hipótesis de Meltzer nos permiten diferenciar dos tipos de interpretaciones. Una que se apoya en el efecto del contenido de la interpretación y otra que se apoya en el efecto de la capacidad del analista para recibir las proyecciones del paciente sin quedar invadido por ellas, conservando su capacidad para seguir pensando. Las interpretaciones podrán ser formuladas o no, ya que “la recepción de las proyecciones del dolor psíquico actúa como un factor modulador hasta que el dolor sea modificado por la interpretación”. (8)

Cuanto más predomina el mecanismo de identificación proyectiva en el modo de comunicarse del paciente, es decir, cuando se expresa el lenguaje en el nivel profundo según lo concibe Meltzer, las interpretaciones se apoyarán en la capacidad del analista para contener y procesar estas proyecciones, estando orientada su función a posibilitar el trabajo analítico.

Por otra parte, las interpretaciones “elaborativas” que se apoyan en el efecto del contenido de las interpretaciones, estarán orientadas a los conflictos intersistémicos o a promover modificaciones en el mundo interno. Estas estarían posibilitadas por el predominio de las identificaciones introyectivas.

En sus consideraciones sobre la técnica con psicóticos, Gadea, Morón y Vares (9) plantean que la meta del trabajo con psicóticos es promover su individuación. Para esto el analista debe permitirse funcionar como parte del paciente y a su vez permitir que éste se sienta como una parte de él: “lo que importa señalar es que el analista debe permitirse acompañar el tiempo necesario al paciente en este funcionamiento hasta tanto esté capacitado para recibir interpretaciones transferenciales verbales”.

Quisiera ilustrar estos momentos a los que me he referido con un material clínico de una paciente esquizofrénica de 20 años.

P: —*Estoy medio mal, estoy fatal.. Tengo ganas de vivir, quisiera vivir, pero...*

A: —*¿Qué pasa con sus ganas de vivir?*

P: —*Esa otra voz dentro mío, que se mete adentro mío.*

A: —*Ataca sus ganas de vivir.*

P: —*SL. Yo también tengo eso... atacan mis ganas de vivir.., como joden y yo quiero salir adelante, quiero vivir.., no entiendo.*

A: —No entiende estas partes tan jodidas adentro suyo.

P: —*Sí, sabe lo que dig... que dicen...* (comienza a hacer esfuerzo de vómito). *Está... Ahora estoy mejor.* (Breve silencio). *Ha... se me metió de vuelta. No quiero más problemas porque de repente siento la voz ronca y después se me va, luego la voz de antes que tenía siempre.* (Bosteza, eructa). *No...* (esfuerzo de vómito, nuevamente eructos).

A: —¿Salieron?

P: —Sí (breve silencio) *Está... ahora otra vez..., yo que sé.*

En este momento comienzo a sentir un intenso malestar digestivo acompañado de sensación nauseosa. Por un Instante pasa por mí mente interrumpir la sesión. Me rescato y trato de pensar que me está pasando y que le está pasando a ella.

P: (Reitera los esfuerzos de vómito.)

A: —Parece que quiere sacar más.

P: —*Sí. ...está,... está...*

A: —¿Cómo es esa voz ronca?

P: —*Es mi empleada quizás... Ha, quiero que venga mi mamá..*

A: —Necesita una mamá.

P: —*Porque tengo miedo.*”

A: —Miedo a esa voz ronca jodida, necesita una mamá que la proteja.

P: —Sí.

A: —Mi como hay dos partes tuyas, una que quiere vivir y otra que ataca sus ganas de vivir, siente también dos mamás, una que protege y otra que jode, la voz ronca.

P: —¿Y qué hago?

A: —Ud. llama a la mamá que la proteja.

En otra sesión llega acompañada por la madre, quien la espera en la sala de espera.

P: —*Voy a llorar, no sé que hacer* (la noto muy inquieta). *Agrega:*

¿qué hacemos, entra o no? (se refiere a la madre, a quien le había pedido que la acompañara).

A: —¿Ud. qué quisiera?

P: —*No sé.*

A: —¿Qué será dejarla entrar o dejarla afuera?

P: —*Hoy me duele todo.* (Se toca la cintura) *¿Me puedo acostar?* (Se refiere al diván, hasta el momento había trabajado sentada.)

A: —Como usted quiera, como se sienta mejor.

P: (Se levanta y se dirige al diván, yo la acompaño. Se acuesta) *Estoy muy tensa.*

A: —Hay cosas adentro suyo que le causan dolor, tensión. Dejar a su madre afuera será como dejar cosas afuera de Ud.

P: —*No, lento, despacio. Sí, vamos despacio, todo lento. ¡Ayúdeme!* (Comienza a temblar y pregunta:) *¿estoy muy mal?*

A: —Me pregunta si tiene muchas cosas malas dentro suyo.

P: —Sí (Continúa temblando.)

A: (En este momento comienza a invadirme un sentimiento de angustia, pienso en su indefensión. Luego de unos momentos de silencio en los que ella no se calma le digo:)

Ud. necesita que vayamos muy despacio para no sentir que todas las cosas malas que saca afuera, le vuelvan nuevamente.

P: —Sí, *estoy temblando.*

A: —Está muy asustada.

P: —Sí, *hablemos despacito.*

(Permanece en silencio, casi calmada)

En estos momentos del análisis la comunicación por parte de la paciente, se dio a través de la Identificación proyectiva, creándose un campo de fuerza emotiva”, (5) en el que la analista se vio comprometida.

De acuerdo a Bion, la Identificación proyectiva excesiva puede llegar a penetrar en el analista, no sólo en el cuerpo sino también en la mente, paralizando el aparato para pensar. Diríamos que la parte destructiva irrumpió en el aparato para pensar del analista y lo bloqueó transitoriamente. ¹

Se destaca del material, la acción de la pulsión de muerte que ataca la vida (“tengo ganas de vivir, quisiera vivir pero...”) y la mente (aparato para pensar).

El conflicto se ubica entre la invasión al mundo Interno y al Yo de objetos persecutorios y su preservación. Obviamente el vínculo con la realidad se halla alterado.

Garbarino (3) en sus desarrollos sobre la psicosis, enfatiza la acción del narcisismo tanático en la amenaza de fragmentación del Yo. Según su concepción, se daría una falla en las Identificaciones primarias, manteniéndose soldada la representación de si a

¹ Grinberg L. (10) propone para estas situaciones el término de “contraidentificación proyectiva”, considera estas respuestas afectivas como una reacción específica, determinada por lo que el paciente proyectó en el analista. Este reacciona identificándose como si real y concretamente hubiera adquirido los aspectos que se le proyectaron”.

la representación de los objetos primordiales, lo que llevaría a una pérdida de autonomía narcisista del Yo. Esto determinaría un modo particular de vivir el vínculo objetal en el que se daría un borramiento de los límites entre él y el otro. De modo que el individuo no sabe si el que está actuando o pensando es él o es otro. Desde esta perspectiva teórica, la confusión de la paciente cuando dice: “sabe lo que dig... lo que dicen” ejemplificaría esta modalidad.

Dicho autor, siguiendo a Freud en “*La Negación*”, aborda también las perturbaciones del pensamiento y la simbolización que devienen de no poder hacer uso de los aspectos positivos de la pulsión de muerte: permitir la negación (“esta no es mi madre—ese sustituto podría ser mi madre”). El “no” le permite crear el sustituto de la madre, que de otra manera le sería intolerable.

Para Bion, (5) pensar Implica el control y el retorno a la personalidad de las partículas expulsadas. Dado el carácter excesivo de las identificaciones proyectivas y la dificultad para la reintroyección, esta última se logra por la identificación proyectiva “en reverso”. De acuerdo a esta formulación, podríamos planteamos si las voces no constituyen una Identificación proyectiva de este tipo, donde lo proyectado le vuelve por el mismo camino y sin modificaciones. Esto tiene como consecuencia que no pueda llevar a cabo una Integración de sus reintroyecciones ya que la entrada del objeto es experimentada como una invasión violenta por la que debe volver a proyectarlo: “No, lento, todo despacio”.

Este modo de funcionamiento difiere del funcionamiento no psicótico que se maneja con mecanismos defensivos neuróticos (represión) y mantiene un contacto más adecuado con la realidad. Pero, en el modo de funcionamiento de la personalidad psicótica el punto es (siguiendo a Bion) el de la relación continente-contenido. Una relación estéril proporciona un modelo también estéril para las relaciones Internas del sujeto, Impidiendo la diferenciación consciente-inconsciente.² Por el contrario, si la relación es de crecimiento mental (ésta debe ser la finalidad del tratamiento), esta relación continente—contenido es introyectada, instalándose como parte de la función alfa. (11)

Estos dos modos de funcionamiento correspondientes a la parte psicótica y no

² Bion propone la teoría de la función alfa para dar cuenta de la diferenciación consciente-inconsciente. La función alfa produce una “barrera de contacto, una entidad que separa los fenómenos mentales en dos grupos: consciente e inconsciente”.

psicótica de la personalidad, se expresan en la situación analítica y si bien, la parte psicótica supone del lado del analista, como ya hemos mencionado, las interpretaciones apoyadas en la capacidad para contener estas proyecciones y procesadas; la parte no psicótica se expresa a través de la confianza³ (que deseo destacar) y en el pedido de ayuda. Así las palabras de nuestra paciente: “Ayúdeme”.

Para finalizar, de estas reflexiones se desprende que el modo de funcionamiento psicótico determina un encuentro analítico (como distintos autores han señalado) que nos obliga a repensar aspectos de la técnica. Nosotros hemos abordado un camino para pensar, pero quedan abiertas otras líneas, orientadas por las diferentes conceptualizaciones teóricas.

Bibliografía

1. FREUD, Sigmund. *Lo inconsciente* (1915). Amorrortu, Tomo XIV. Buenos Aires.
2. FREUD, Sigmund. *Análisis de la fobia de un niño de cinco años* (1906-08). Amorrortu, Tomo IX. Buenos Aires.
3. GARBARINO, Héctor. “Neurosis y Psicosis”. En: “Estudios sobre *Narcisismo*”. Biblioteca Uruguaya de Psicoanálisis. Vol. 2:1986.
4. MENDILAHARSU, Carlos: Acevedo, Sélika. “*Reflexiones sobre el psicoanálisis de la psicosis*”. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, N° 66: 1987.
5. BION, W. R. *Volviendo a pensar*. Hormé, Buenos Aires, 1977.
6. MELTZER, Donald. “*Temperatura y distancia de la interpretación*”. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, N° 62; 1984.
7. BION, W. R. *Atención e interpretación*. Paidós. Buenos Aires, 1974.
8. MELTZER, Donald. *El proceso analítico*. Hormé. Buenos Aires, 1976.
9. GADEA, MORON, VARES. “Comentarios acerca de la técnica con psicóticos”. Jornadas de A.P.U. sobre *Aspectos estructurales de la psicosis*. Setiembre. 1987.
10. GRINBERG, León. *Teoría de la identificación*. Paidós, Buenos Aires, 1976.
11. BION, W. R. *Aprendiendo de la Experiencia*. Paidós, Buenos Aires. 1975.

³ El término confianza no está usado en el sentido de Bion, asociado a la actividad K.